



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## ANTECEDENTES

Ao final do regime militar, a política de saúde no Brasil tinha como características:

- a) um duplo comando, fragmentado entre o Ministério da Previdência, que se encarregava da dimensão médico-curativa; e o Ministério da Saúde, que se responsabilizava pela dimensão preventiva;
- b) ênfase no atendimento individualizado e curativo, e não coletivo e preventivo;
- c) uma orientação excludente nos serviços de atendimento médico público, que se restringiam aos segurados da previdência, não contemplando a totalidade dos cidadãos;
- d) alto grau de centralização no governo federal e elevada burocratização na condução da política, destacando-se o enorme volume de recursos financeiros e políticos controlados pelo INAMPS;
- e) acentuada superposição de atribuições entre os níveis federais, estaduais e municipais no atendimento público;

**1985-1988: O Movimento pela reforma sanitária brasileira se dividiu entre duas estratégias:**

**1-A unificação do setor saúde, no âmbito federal, em um único organismo encarregado tanto do atendimento médico individual como das ações de saúde coletiva.**

**→ Universalização do atendimento, independentemente de contribuição previdenciária; papel subsidiário dos agentes privados de saúde; a criação de fundos nacional, estaduais e municipais em que os recursos seriam destinado às respectivas esferas.**

**2- Modernização do sistema previdenciário, para tornar o INAMPS mais ágil e eficaz, sem alterar suas funções de prestador de atendimento médico, de financiador das ações de saúde, de controlador e avaliador dos recursos utilizados. Tendo em vista os objetivos de eficiência, eficácia, transparência e agilidade, propunha-se a descentralização da administração e dos serviços públicos de saúde.**

**1985-1988: Movimento pela reforma sanitária brasileira se dividiu entre duas estratégias:**

**Ambas as estratégias contemplavam a descentralização → MAS não havia uma interpretação consensual do que significaria descentralizar a saúde.**

**→ Predominava uma concepção operacional, de desconcentração, que não correspondia a um sistema de poder decisório descentralizado, envolvendo a participação ativa dos governos subnacionais.**

## **Bases do SUS**

→ lançadas na **VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986**, liderada pelo Movimento Sanitarista: conceito ampliado de saúde: direito de todos e dever do Estado.

***CF-88, Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.***

***Universalidade → direito de todos + Obrigatoriedade → dever do Estado***

**Lei 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde → Concepção ampliada → determinantes da saúde →**

***Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.***



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

**Princípios do SUS segundo a CF-88: Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:**

→ **Hierarquização:** atenção básica, média e alta complexidade → porta de entrada: Unidades Básicas de Saúde

→ **Regionalização da rede de saúde:** favorecer a organização dos serviços de saúde em rede e, induzir aos municípios, articulados com os Estados e a União, a interagirem para realizar a gestão compartilhada do sistema de saúde.

**I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo**

→ a transferência dos serviços para a esfera municipal não somente para “prestação dos serviços”, mas como expressão da autonomia do município nas decisões relativas à saúde dos seus habitantes.

→ **direção única em cada esfera de governo:** só pode haver um único responsável pela gestão da saúde em cada ente governamental

**II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**

**III - participação da comunidade.**

## DESCENTRALIZAÇÃO é o princípio mais importante.

→ CF-88, Art. 30. Compete aos Municípios:

*VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;*

**Brasil país muito diversificado → Para contemplar as diferenças regionais, as políticas devem ser formuladas descentralizadamente.**

**Lei 8.080/1990 – LEI ORGANICA DA SAÚDE - estabelece:**

- a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

**Problemas na descentralização no SUS → omissão dos governos estaduais. → Várias competências dos estados têm um caráter suplementar em relação à União →**

→ muitos governos estaduais se retiraram, prejudicando a coordenação dos municípios

→ União prefere a coordenação direta com os municípios, ao invés de incorporar os estados

Até 1988 as ações e serviços de saúde eram dispersos em setores de saúde e previdência

**Unificação das ações e serviços de saúde** → CF-88 → a gestão da saúde em cada ente governamental deve ficar a cargo de somente um gestor, sob a mesma supervisão

**Lei 8.080/1990: Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:**

***I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;***

***II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e***

***III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.***

**Unificação da autoridade política** → a vitória do movimento sanitário sobre o setor previdenciário que controlava os recursos de financiamento da saúde →

**Gestores do SUS** → passaram a controlar a formulação da política de saúde junto às Conferências e Conselhos de Saúde; e

→ passaram a controlar, no seu território, o diagnóstico da situação de saúde, o planejamento, normatização, programação, coordenação e execução das ações e serviços de saúde e a **montagem e proposição do respectivo orçamento da saúde**, sua execução, avaliação, controle e auditoria.



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (LEI 8080/1990)

→ **o SUS é constituído** pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, **podendo a iniciativa privada participar do SUS em caráter complementar**

**Objetivos do SUS** : art. 5º da Lei 8.080:

- i) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- ii) formulação da Política de Saúde; e
- iii) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**Princípios que regem as ações e dos serviços de saúde integrantes do SUS,** art. 7º da Lei 8080/1990

- (i) a **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- (ii) a **integralidade da assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

**CONTINUA→**

## Continuação

### Princípios que regem as ações e dos serviços de saúde integrantes do SUS, art. 7º da Lei 8080/1990

- (iii) a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- (iv) a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- (v) o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- (vi) a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- (vii) a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- (viii) a participação da comunidade;
- (ix) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:(a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;(b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- (x) a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- (xi) a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- (xii) a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- (xiii) a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## Principais competências dos entes federativos → Lei 8.080

### Atribuições comuns à União, estados, Distrito Federal e municípios:

- definir instâncias, mecanismos de controle, de acompanhamento, de avaliação e de fiscalização de ações e serviços de saúde;
- administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- organizar e coordenar o Sistema de Informação de Saúde;
- elaborar normas técnicas sobre saúde e sobre a regulação dos serviços privados de saúde, e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos;
- participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento e de proteção e recuperação do meio ambiente;
- elaborar e atualizar periodicamente os Planos de Saúde (geralmente inseridos no PPA);
- elaborar a proposta orçamentária do SUS, conforme o Plano de Saúde;
- participar da formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- promover a articulação da Política e dos Planos de Saúde
- coordenar e executar programas e projetos estratégicos em saúde, inclusive emergenciais

## Competências da direção nacional do SUS

**→ formulação, implementação e avaliação de políticas associadas à saúde  
(principalmente nas atividades de acompanhamento, controle e avaliação, devem ser  
respeitadas as competências estaduais e municipais);**

- a definição e a coordenação de sistemas referentes ao tema saúde;**
- a participação na elaboração de normas e mecanismos de controle nacionais e seu estabelecimento;**
- a cooperação técnica e financeira aos demais entes federativos para o aperfeiçoamento da atuação institucional;**
- a promoção da descentralização de serviços e ações de saúde para as entidades federativas;**
- elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS e**
- estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria do SUS em cooperação técnica com os demais entes (art. 16).**

### Competências específicas da direção estadual do SUS:

- promoção da descentralização de serviços e ações de saúde aos municípios;
- prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios, executando ações e serviços supletivamente a eles;
- participação na formulação, execução e avaliação de ações (em caráter complementar às ações nacionais ou em caráter suplementar às ações municipais);
- gestão de redes e sistemas públicos de saúde estaduais e regionais (art. 17).

### Competências específicas da direção municipal do SUS :

- planejamento, a organização, a avaliação, a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde;
- atuação em cooperação com outros municípios (exemplo: consórcios públicos), com o estado e a União nas ações de planejamento, normatização, fiscalização e execução, quando couber; e
- celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde (art. 18).

Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos estados e municípios (art. 19).



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## O Financiamento do SUS:

**CF-88 art. 198: → O SUS é financiado por recursos do Orçamento da Seguridade Social da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.**

**Haverá percentuais mínimos a serem aplicados em saúde, reavaliados por Lei Complementar a cada cinco anos.**

**Os recursos mínimos empregados em ações e serviços de saúde devem configurar um percentual que, no caso da União, é instituído pela lei complementar referida (art. 198, inciso I);**

**No caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o percentual deve ser calculado sobre o produto de suas arrecadações e de transferências fiscais recebidas advindas de vários impostos distintos.**

**Essa Lei Complementar deve estatuir normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde pelos governo subnacionais**

**O art. 198, §4º, §5º e §6º da Constituição trata da admissão de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias mediante processo seletivo público. O assunto é regulamentado pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.**

## O Financiamento do SUS:

**Lei 8.080/1990 → o Orçamento da Seguridade Social deve destinar ao SUS os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 31 da Lei 8.080).**

**Os recursos financeiros destinados ao SUS são depositados em conta especial, em cada nível governamental, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.**

**No âmbito federal, esses recursos são administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde**

## O financiamento do SUS:

**Lei 8.142/1990** → considerada a segunda **Lei Orgânica da Saúde** → expressa a vitória do movimento sanitário em um grande conflito político resultante do veto presidencial a vários importantes dispositivos da Lei 8080/1990.

**Nova Lei – reforça a descentralização** - estabeleceu que:

*Art. 2º Os recursos do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)** serão alocados como:*

*I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;*

*II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;*

*III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;*

*IV - **cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.***

*Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. **CONTINUA** →*

## CONTINUAÇÃO

**Lei 8.142/1990** → Enfatiza o fortalecimento do princípio da descentralização e a atribuição de um papel muito relevante à esfera municipal no sistema de saúde.

Art. 3º Os *recursos* referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão **repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal**, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º revogado

§ 2º Os *recursos* referidos neste artigo serão destinados, **pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.**

§ 3º Os *Municípios* poderão estabelecer **consórcios** para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

**Lei 8.142/1990 → estabeleceu regras para o acesso aos recursos:**

*Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:*

*I - **Fundo de Saúde;***

*II - **Conselho de Saúde**, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;*

*III - plano de saúde;*

*IV - **relatórios de gestão** que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;*

*V - **contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;***

*VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.*

*Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.*

**Muitos municípios e alguns estados nunca cumpriram essas regras integralmente, sendo numerosos os que receberam recursos sem terem planos de saúde que os previssem; vários nunca apresentaram Relatório de Gestão ; vários não constituíram o próprio Fundo de Saúde, necessário para operar as transferências.**

**PORÉM, em defesa dos direitos da população, as transferências são realizadas.**

### 1993 → IX Conferência Nacional de Saúde

→ propostas fortaleciam ainda mais a gestão municipal do sistema.

Documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, que deu origem à Norma Operacional Básica - SUS 01/93

→ definiu o caráter automático das transferências intergovernamentais, criando a figura da transferência fundo-a-fundo, que tornou possível o repasse de recursos sem necessidade de convênio entre as diferentes esferas de governo.

→ As transferências passaram a ser realizadas diretamente da conta do Fundo Nacional de Saúde para as contas dos fundos estaduais e municipais de saúde

## FINANCIAMENTO DO SUS

**Emenda Constitucional nº 29, de 2000 → estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, vigorando no período de 2000 a 2004 as determinações previstas no art. 77 do ADCT:**

***“Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:***

***I - no caso da União:***

***a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;***

***b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;***

***II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a; e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e***

***III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.”***

## FINANCIAMENTO DO SUS

**Emenda Constitucional nº 29/2000 → dispôs sobre a criação do Fundo Nacional de Saúde no art. 77, §3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF-88 → afirmando que os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e aos serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para essa finalidade seriam aplicados por meio de “Fundos de Saúde”, a serem acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelo controle externo do Poder Legislativo.**

O estabelecimento dos valores a serem transferidos aos entes federativos ocorreria mediante uma combinação de critérios, como perfil demográfico da região, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos e características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (art. 35 da Lei 8.080/1990).

**O processo de planejamento orçamentário do SUS é ascendente, vai do nível local até o federal, ouvidos os órgãos deliberativos competentes. Desse modo, os Planos de Saúde representam a base das atividades e programações de cada nível de direção existente ( Lei 8080/1990, art. 36) e devem observar as diretrizes estabelecidas a seu respeito pelo Conselho Nacional de Saúde (art. 37).**

## FINANCIAMENTO DO SUS

Lei Complementar 141/2012, que regulamentou a EC-29 → faculta ao Ministério da Saúde instituir programas próprios na saúde e descentralizar a sua implementação para estados e municípios, transferindo recursos mediante convênios.

***Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.***

***Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.***

***CF-88, Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:***

***VI - fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município;***

## FINANCIAMENTO DO SUS

### Lei Complementar 141/2012

- permanece para a União a regra segundo a qual o governo deve aplicar na saúde o valor empenhado (reservado para gasto) no orçamento anterior, acrescido da variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto).
- Os estados e o Distrito Federal terão de aplicar 12% do que arrecadam, enquanto os municípios deverão investir 15% de suas receitas,
- os recursos só poderão ser usados em ações e serviços de “acesso universal” que sejam compatíveis com os planos de saúde de cada estado ou município e de “responsabilidade específica do setor de saúde”.
- A medida teve maior impacto nos cofres dos Estados porque, para alcançar esse percentual, não poderiam mais contabilizar como gastos de saúde as despesas como o pagamento de aposentadorias e restaurantes populares.

## FINANCIAMENTO DO SUS

Foram previstos, pela **Portaria 204/2007**, **cinco blocos de financiamento**. Cada um desses blocos era formado por componentes que se desdobrariam em repasses; e cada bloco de financiamento deveria ser gerido pelos estados e municípios em uma conta única e específica. Mais tarde passaram a ser seis blocos.

A concepção dos blocos para o custeio das ações e serviços de saúde, mediante **a alocação dos recursos federais** destinava-se a assegurar maior autonomia aos estados e municípios na gestão dos recursos. Como os repasses eram muito diversificados, os recursos acabavam pulverizados entre milhares de municípios neutralizando a intenção de dotar os gestores locais de recursos mais agregados para lhes assegurar maior margem de manobra. **Os blocos representariam recursos mais agregados, possibilitando maior margem de manobra para os entes subnacionais.**

**Dez anos depois, pela Portaria GM/MS nº 3.992, de 2017** foi revogada a regra de seis blocos de financiamento, **substituindo-a por apenas duas categorias: custeio e investimento**. Essa mudança buscou simplificar a transferência de recursos federais para os entes federativos, dando mais flexibilidade na utilização dos recursos, desde que observadas as finalidades específicas de cada repasse.

## FINANCIAMENTO DO SUS

**Novo Regime Fiscal: Emenda Constitucional 95/2016**, conhecida como "Teto de Gastos", modificou a forma de financiamento do SUS: estabeleceu um limite para o crescimento das despesas públicas federais, incluindo saúde, **atrelado à inflação do ano anterior**.

**Portaria GM/MS nº 3.992, de 2017: Revogou a regra de seis blocos de financiamento, substituindo-a por apenas duas categorias: custeio e investimento.**

Essa mudança buscou simplificar a transferência de recursos federais para os entes federativos, dando mais flexibilidade na utilização dos recursos, desde que observadas as finalidades específicas de cada repasse.



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

O arranjo institucional adotado para a descentralização mostrou-se inoperante. O principal problema apontado consistia na relação Estado-Município.

Adotou-se o modelo da “descentralização pactuada” → criação da Comissão Intergestores Tripartite no plano nacional e, no nível estadual, as Comissões Intergestores Bipartite.

→ Conselho Nacional de Saúde definiu prazos para os Estados formarem suas comissões e para que estas formulassem os seus planos de municipalização.

Norma Operacional Básica - SUS 01/93 → estabeleceu que o gerenciamento do processo de descentralização no SUS, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

*Comissão Intergestores Tripartite – CIT* -(âmbito nacional) → integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS; e *Conselho Nacional de Saúde* que atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução Política Nacional de Saúde.

## O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

No âmbito de cada estado opera:

→ **O Conselho Estadual de Saúde** → instância permanente e deliberativa → atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde

→ **A Comissão Intergestores Bipartite - CIB** → instância privilegiada de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS

**CIB** → integrada paritariamente por dirigentes da **Secretaria Estadual de Saúde** e do órgão de representação dos **Secretários Municipais de Saúde do estado** → criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde,

Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

## O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

No âmbito de cada município opera:

→ o **Conselho Municipal de Saúde** - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Mundial de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal de Saúde, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

**NOB 01/93** → estabeleceu três níveis de gestão estadual e municipal: incipiente, parcial e semiplena, cada qual com competências e responsabilidades administrativas e financeiras próprias.

→ Previu a ascensão aos níveis de gestão superiores conforme o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, avaliada segundo determinados parâmetros estabelecidos pela norma.

A decisão quanto ao enquadramento nas condições de **gestão incipiente e parcial** caberia, no âmbito estadual, aos **Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores Bipartites**.

No caso da gestão semiplena, a decisão seria da **Comissão Intergestores Tripartite**, no âmbito federal.

## O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

**1996 → Norma Operacional Básica – NOB 01/96 do SUS → redefinia o modelo de gestão do SUS: tentava disciplinar as relações entre as três esferas de gestão do Sistema (art. 1º). → criava sistemas de saúde municipais (SUS-Municipais), visando conferir plena responsabilidade aos municípios pela gestão da saúde (item 4 da Norma).**

**→ reduziu os níveis de gestão a dois: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema.**

**→ Municípios habilitados na gestão plena da atenção básica recebiam apenas os recursos relativos ao financiamento desta, de forma regular e automática. Os procedimentos mais complexos (ambulatoriais e hospitalares) eram remunerados por produção.**

**Municípios em gestão plena do sistema recebiam, fundo a fundo, também os valores relativos aos procedimentos de alta e média complexidades.**

## O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

### Norma Operacional Básica – NOB 01/96 do SUS

#### → especificava os papéis do gestor federal:

- exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais para compor o SUS-Nacional; e
- exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS (item 7 da Norma).

#### → identificava os papéis estaduais:

- exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual;
- promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumisse a gestão da atenção a saúde de seus munícipes, na perspectiva da atenção integral à saúde; e
- assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tivessem assumido para si essa responsabilidade (item 6 da Norma).

## O ARRANJO INSTITUCIONAL DO SUS

IPEA (2009a, p. 40), foi a partir da NOB 01/96 “*que o instrumento da transferência fundo a fundo ganhou força, rapidamente permitindo o acesso de milhares de municípios a esta modalidade*”.

Início dos anos 2000 → a implementação das diretrizes do SUS continuava apresentando problemas

→ Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), de 2001 e de 2002 → focalizaram a melhoria das condições de acesso aos serviços assistenciais, pela implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso.

Foram adotados novos critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos, e estabeleceu-se a exigência da formulação de um Plano de Desenvolvimento Regional.

Este plano teria como elemento de coordenação o gestor estadual, sendo obrigatória a pactuação de todos os gestores municipais.



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## Uma nova abordagem: o Pacto pela Saúde

Após quase 20 anos → SUS se caracterizava por um movimento constante de **mudanças incrementais**.

- diagnóstico de que esse modelo de indução de mudanças baseado em “normas operacionais” tinha se esgotado.
- havia grandes dificuldades em impor normas gerais a um país tão grande e desigual;
- as abordagens adotadas fixavam-se em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

**Pacto pela Saúde** resultou de muitas discussões desde 2003, quando o CONASS, solicitou ao Ministério da Saúde - MS a revisão dos processos normativos do SUS.

**Pacto pela Saúde** → resultou de muitas discussões desde 2003, quando o CONASS, solicitou ao Ministério da Saúde - MS a revisão dos processos normativos do SUS.

## **Gestores** →

→ as normativas do SUS deveriam contemplar a diversidade do Brasil e os princípios do SUS, assumindo a responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental;

→ reafirmação da importância das instâncias deliberativas Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

→ fortalecimento do controle social.

## Pacto pela Saúde

É um acordo interfederativo que abrange diversas reformas institucionais a fim de promover mudanças tanto os processos como dos instrumentos de gestão na saúde.

Portaria nº 399, do Ministério da Saúde, com a finalidade de divulgar o “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS” e aprovar as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

O **Pacto Pela Saúde de 2006** (Portaria MS nº 399) é formado por três pactos:

- (i) **“Pacto pela Vida”** → compromissos em termos de seis prioridades de ação sanitária. Pela **Portaria 2.669/2009** foram agregadas outras cinco prioridades. Essas prioridades são estabelecidas de forma participativa e envolvem compromissos sanitários, expressos por meio de objetivos, metas e indicadores, que são pactuados entre os gestores do SUS em todos os níveis.

Entre as prioridades inicialmente definidas estão o controle do câncer do colo do útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, como dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde. Mais recentemente foram agregadas ações para enfrentar a COVID-19.

## Pacto pela Saúde

(ii) **“Pacto em Defesa do SUS”**: → ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas para reforçar o SUS como **política de Estado** mais do que política de governos e para defender, vigorosamente, os seus princípios e a garantia do seu financiamento.

→ Entre esses princípios destaca-se o da **saúde como direito de cidadania e dever do Estado**, contrapondo-se a um movimento de transferência de diversas ações e serviços para a iniciativa privada, especialmente mediante as Organizações Sociais (OS).

→ Os documentos mencionam especificamente a necessidade de um **“movimento de repolitização da saúde”** e de **“promoção da cidadania”** envolvendo a defesa da saúde como direito de todos

## Pacto pela Saúde

(iii) **“Pacto de Gestão do SUS”** → visa estabelecer responsabilidades claras de cada ente federado de forma a **diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.**

**Dimensão relevante** → **fortalecimento da territorialização da saúde** como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

### **Arranjo institucional da gestão da saúde**

→ referendou as **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite** como fóruns de articulação entre os gestores para pactuação sobre a organização, direção e gestão da saúde.

→ Criou o **Colegiado de Gestão Regional (CGR)** → espaço de decisão no qual seriam identificadas e estabelecidas prioridades e pactuadas as soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

**Instrumento de implementação do Pacto de Gestão** → **Termo de Compromisso de Gestão (TCG)**, mediante a adesão de todos os entes federativos. **A ser renovado anualmente, substituiu os processos de habilitação anteriores** (os níveis gestão plena da atenção básica e dos sistemas foram extintos) e estabeleceu metas e compromissos para cada ente da federação.



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## O redimensionamento do arranjo institucional SUS

### Decreto 7.508/2011:

→ Definiu “**Regiões de Saúde**” – instituídas pelos estados, em articulação com os municípios, para prestação de determinados serviços de saúde –, que são a referência adotada para as transferências de recursos entre os entes federativos.

→ No interior de cada uma dessas Regiões, ou de várias delas, há as “**Redes de Atenção à Saúde**” (arts. 4º a 7º). Essas Redes são conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com o propósito de garantir a integralidade da assistência à saúde (art. 2º)

→ **Princípio da hierarquização do SUS** → art. 8º afirma que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas “**Portas de Entrada do SUS**” (que são serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço

## O redimensionamento do arranjo institucional SUS

→ Decreto 7.508/2011, substituiu o Termo de Compromisso de Gestão – que era o instrumento de implementação do Pacto de Gestão - pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAPS, que define as responsabilidades dos entes federativos em cada Região de Saúde.

**COAPS** é um contrato multilateral que estabelece responsabilidades (individuais e solidárias) dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução etc.

O Plano Nacional de Saúde estabelecerá diretrizes e indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS. O desempenho aferido segundo tais indicadores servirá de parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no COAPS em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

O Ministério da Saúde poderá instituir “**formas de incentivo**” ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

## O redimensionamento do arranjo institucional SUS

### **Articulação interfederativa do SUS → alterações na Lei 8.080, em 2011 →**

(i) decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada nos Planos de Saúde, aprovados pelos Conselhos de Saúde;

(ii) definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal a respeito da organização das Redes de Ações e Serviços de Saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; e

(iii) fixar diretrizes sobre as Regiões de Saúde, Distrito Sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (parágrafo único do art. 14-A).

## O redimensionamento do arranjo institucional SUS

**Diferenciação dos tipos de Comissão**, segundo o Decreto 7.508/2011:

**(a) Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais – reúne União, estados e municípios;

**(b) Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**, no âmbito do estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais – reúne estado e municípios. A Portaria 399, de 2006, as define como: “*instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite*”; a mesma Portaria descreve que “*As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso*”.

**(c) Comissão Intergestores Regional (CIR)**, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (art. 30).

## O redimensionamento do arranjo institucional SUS

**Decreto 7.508/2011, art. 14-B** → reconhece como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, o “**Conselho Nacional de Secretários de Saúde**” (CONASS) e o “**Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**” (CONASEMS).

**Esses Conselhos devem receber recursos do Orçamento-Geral da União por meio do FNS**, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União (o art. 14-B, §1º).

O §2º do art. 14-B delinea também **mais um tipo de Conselho na estrutura do SUS – os “Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde” (COSEMS)**, reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

## AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS

IPEA → as barreiras enfrentadas à concretização do SUS ainda são muitas. Os principais desafios do SUS têm sido **a descentralização e gestão compartilhada:**

*“A gestão do sistema tem sido indicada como o mais importante desafio enfrentado pelo SUS. Efetivar a mudança do modelo de atenção, garantir a integralidade do atendimento mediante a organização dos fluxos de cuidado para assegurar acesso a todos os níveis, articular prioridades locais e nacionais, implantar políticas capazes de responder às necessidades da população, assegurar disponibilidade dos serviços necessários e desenvolver capacidades para a gestão dos serviços em todas as esferas de governo foram, e em certa medida continuam sendo, exigências para que o sistema preconizado pela Constituição convertesse-se em realidade” (2009, p. 115).*

## AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS

IPEA → a descentralização vem se consolidando de modo gradual, com ajustes sucessivos na definição de funções e responsabilidades dos três níveis governamentais

→ Normas Operacionais foram essenciais → com a NOB 01/1993, a relação direta entre União e municípios foi intensamente favorecida → avanço da chamada “municipalização” e maior interação dos secretários municipais na construção da política de saúde.

### Problemas surgiram da municipalização da atenção à saúde:

(a) Principal problema → a expansão de sistemas municipais sem articulações regionais, levando a ineficiências

(b) a heterogeneidade dos municípios em termos de tamanho populacional, condições econômicas e capacidade instalada;

(c) os equipamentos de saúde atuam com escalas mínimas de produção, abaixo das quais passam a ser ineficientes;

(d) Comportamentos oportunistas → municípios passaram a encaminhar seus munícipes para atendimento em outras localidades.

(e) os municípios de grande porte começaram a restringir o atendimento a pacientes de municípios vizinhos; e

(f) estados se retraíram → competências estaduais de caráter suplementar à União → Estados deixaram de ser articuladores → União coordena diretamente com os municípios

## Federalismo e descentralização de políticas públicas no Brasil: organização e funcionamento dos sistemas de programas nacionais. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Além dos problemas nas relações e nos papéis de cada ente federativo e na regionalização efetiva do SUS, há **outros desafios do SUS de longo prazo**:

- (a) as dificuldades de financiamento → a necessidade de assegurar fluxos de financiamento regulares e suficientes, que continua sendo uma demanda por ser atendida;
- (b) as resistências de ordem política e cultural à descentralização
- (c) a oferta de serviços que traduzam a integralidade da assistência à saúde. A falta de garantia de acesso oportuno, adequado e seguro, leva à busca de soluções por meio de decisões judiciais que, embora determinem o acesso, nem sempre garantem a segurança e adequação – fenômeno denominado “judicialização da saúde”;
- (d) a necessidade de aprimoramento no âmbito da gestão, tanto na formação de recursos humanos quanto nos modelos de gestão hospitalar.

## AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS

(e) a procura da equidade na utilização dos recursos públicos destinados à saúde, que enfrenta a prática de subsídios diretos e indiretos ao segmento privado de atenção e a seus beneficiários (relações pouco claras entre o SUS e a saúde suplementar).

**f) Problemas da gestão compartilhada entre os governos “são reforçados por problemas de gerência no âmbito das unidades de prestação de serviços” como:**

- i) a administração eficiente dos estabelecimentos de saúde, particularmente os hospitais; e
- ii) a falta de autonomia gerencial e orçamentária na Administração Direta.



# Políticas Públicas

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**