



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

Federalismo e descentralização de políticas públicas no Brasil:
organização e funcionamento dos sistemas de programas nacionais.

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

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