



O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde
Ministério da Saúde - Brasil

Seminário Internacional
Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas
São Paulo, Brasil
11 a 14 de agosto de 2002

SUMÁRIO

- **Apresentação**

- **Primeira Parte: Caracterização do Brasil**
O Contexto Social e Demográfico Brasileiro
O Federalismo Brasileiro e as Políticas De Saúde

- **Segunda Parte: O Histórico do Sistema de Saúde Brasileiro**
Antecedentes do SUS

A Configuração Institucional Do Sus

O Processo de Implantação Do Sus
Dados Gerais sobre o SUS
Financiamento

- **Terceira Parte: O Processo de Implantação do Sus**
Avanços e Dificuldades do Processo Recente de Descentralização
O processo de negociação, elaboração e implementação da NOAS-SUS 01/01
Outras ações importantes no âmbito da implantação do SUS

- **Quarta Parte: As Funções Gestoras e as Atribuições de Cada Nível de Governo no Sistema Único de Saúde**
Funções Gestoras
O Papel dos Três Níveis de Governo na Assistência segundo a Legislação do Sus

- **Observações Finais**

APRESENTAÇÃO

Este texto descreve a construção do sistema público de saúde brasileiro, enfocando o processo de descentralização de recursos e responsabilidades do nível federal para os níveis subnacionais de governo.

Na primeira parte apresentam-se informações geográficas e sociais sobre o Brasil, visando situar o modelo de sistema de saúde brasileiro no contexto de um país que, além de ter dimensões continentais, revela disparidades regionais marcantes. Em seguida, descreve-se o modelo federativo brasileiro e suas peculiaridades, como a existência de três esferas de governo com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica e a enorme diversidade entre os entes federativos.

Um histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) é apresentado no segundo segmento. Parte de suas origens, quando era um sistema em que a assistência encontrava-se associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, complementada por instituições públicas ou filantrópicas de amparo aos “indigentes”. Chega até o momento presente, em que se consolida como um sistema de acesso universal que abarca a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania. São apresentados dados sobre a rede assistencial do SUS, bem como sobre a produção de serviços, que demonstram a vitalidade do sistema, como o expressivo número de consultas (250 milhões) e internações hospitalares (12,5 milhões) realizadas em 2001, em todos os níveis de complexidade assistencial. Também são apresentadas informações sobre avanços recentes quanto à equidade no acesso aos serviços de saúde.

A terceira parte delinea o processo de descentralização do SUS, enfocando o importante papel de instrumentos normativos pactuados entre os três níveis de governo, denominados Normas Operacionais do SUS. O estabelecimento de comissões de pactuação entre representantes dos gestores de saúde é ressaltado como uma inovação institucional de fundamental importância para a formação de consensos sobre decisões operacionais relativas à gestão do sistema.

Outro ponto destacado no contexto da descentralização refere-se ao financiamento do sistema, calcado na aplicação de recursos próprios de municípios, de estados e da União. São discutidas também as regras para habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada do sistema.

Na quarta e última parte são apresentadas as atribuições de cada nível de governo nas diferentes dimensões operacionais e de gestão do SUS.

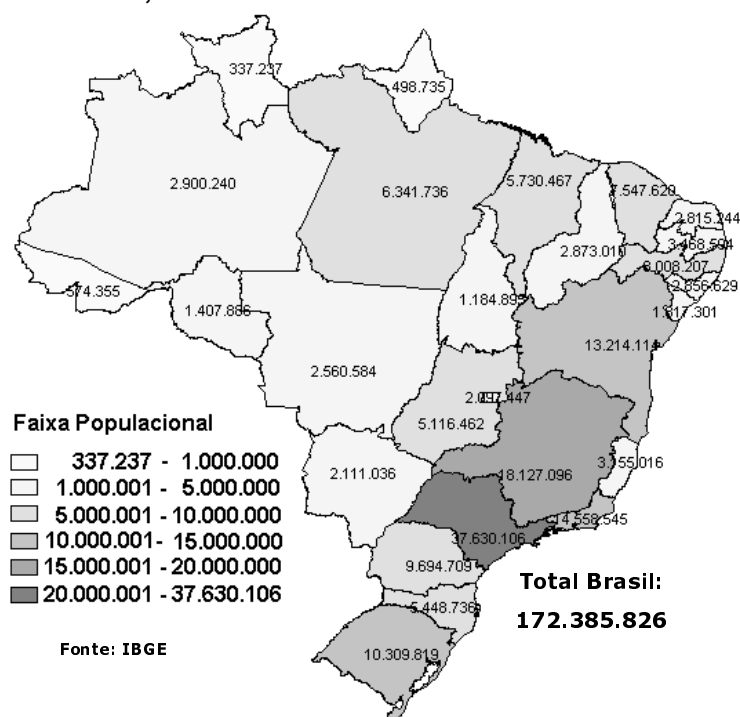
PRIMEIRA PARTE: CARACTERIZAÇÃO DO BRASIL

O Contexto Social e Demográfico Brasileiro

A população brasileira é de 172.385.826 habitantes, segundo o censo de 2001, e encontra-se irregularmente distribuída em um território de 8,5 milhões de Km², com um quantitativo de municípios em cada estado e em cada região muito variável. A região mais populosa é o Sudeste, que concentra 71.662.769 habitantes (42,6% da população total do país). As menos populosas são o Centro-Oeste, com 11.675.381 habitantes e o Norte, com 12.666.944 habitantes, respectivamente 6,9% e 7,5% da população total do país. O Nordeste, segunda região mais populosa, tem 47.250.352 habitantes ou 28,1% da população nacional, e o Sul tem 25.033.302 habitantes, o que representa 14,9% da população total do país.

O intenso processo de urbanização verificado ao longo das três últimas décadas resultou numa marcante variação relativa ao número de municípios por estado. No ano de 2001, Roraima era o estado com menos municípios, apenas 15, enquanto Minas Gerais possuía o maior número: 853. Além disso houve uma grande heterogeneidade na distribuição da população entre os municípios. Em 2002, 48,5% dos municípios apresentavam população inferior a 10 mil habitantes, abrigoando 8,2% da população, 41,9% dos municípios tinham população entre 10 mil e 50 mil habitantes, abrigoando 28,1% da população, 9% dos municípios tinham população entre 50 mil e 500 mil habitantes, abrigoando 35,8% da população e 0,6% dos municípios tinham população acima de 500 mil habitantes, onde residem 27,8% da população total do país.

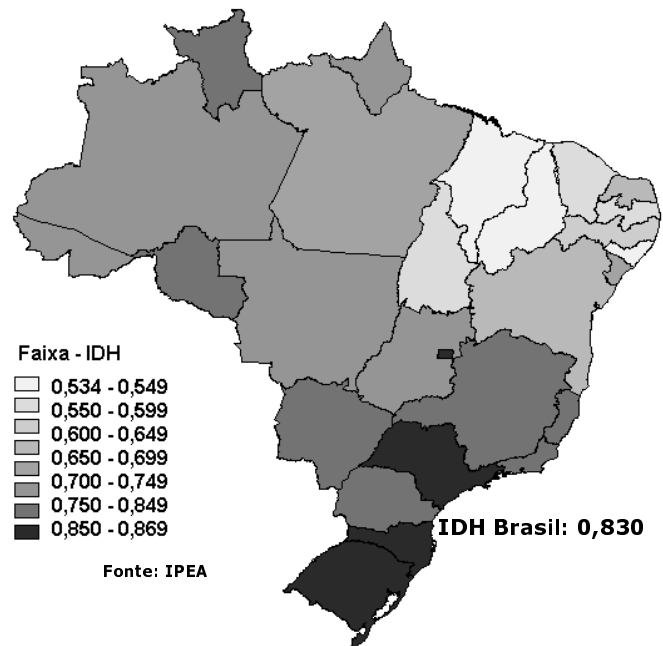
POPULAÇÃO DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL
BRASIL, 2001



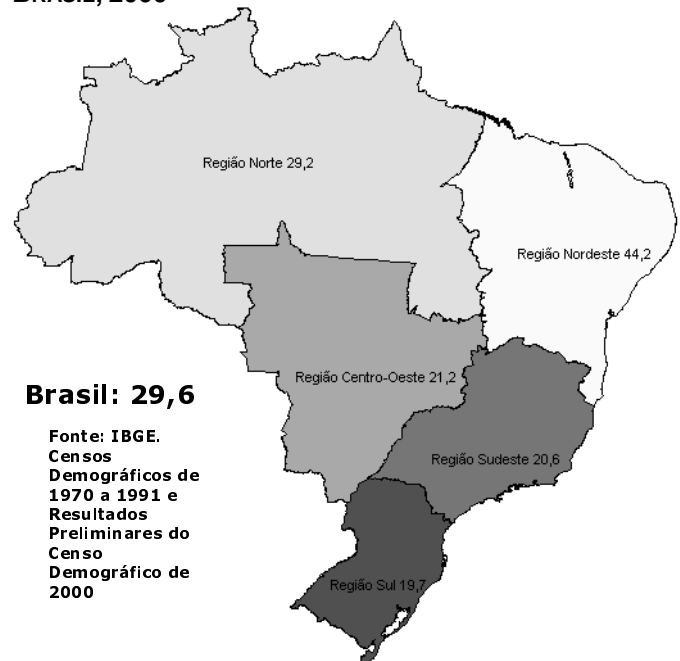
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 1996 para o Brasil foi de 0,830¹. As diferenças de IDH entre as regiões geográficas é acentuada, variando desde o índice de 0,608 do Nordeste até o de 0,860 do Sul. O estado com menor IDH é o Piauí, com 0,534, e o de maior IDH é o Rio Grande do Sul, com 0,869.

A comparação entre os períodos de 1950 e 2000 revela alterações significativas para três indicadores epidemiológicos clássicos: a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) passou de 135 óbitos por mil nascidos vivos (NV) para 29,6 óbitos por mil NV; a Taxa de Mortalidade por doenças infecto-contagiosas passou de 37 óbitos por 100 mil habitantes para 5,3 óbitos por 100 mil habitantes e a Esperança de Vida ao Nascer passou de 45,7 anos para 69 anos. Há, entretanto, variações importantes entre as regiões. Tomando-se, por exemplo, a TMI, a Região Nordeste apresenta taxa bem superior à média nacional, com 44,2 óbitos por mil NV. Situação oposta observa-se nas Regiões Sul e Sudeste, nas quais as TMI são, respectivamente, 50,3% e 43,7% inferiores à média nacional.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) POR ESTADO. BRASIL, 1996



COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, POR REGIÃO BRASIL, 2000



¹ Segundo metodologia adaptada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fundação João Pinheiro a partir da metodologia original do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Segundo a metodologia original do PNUD, que compara o desenvolvimento entre países, o IDH do Brasil foi de 0,739 em 1997, sendo classificado em 79º lugar no ranking geral.

Estima-se que o número de pobres no Brasil represente aproximadamente 30% da população total, proporção essa mais elevada para o Nordeste e o Norte e para as áreas rurais (39%), se caracterizando a pobreza nos estados mais industrializados (região sudeste, principalmente) como crescentemente urbana ou, mais preponderantemente, metropolitana.

Em relação à distribuição de renda, 20% da população brasileira de melhor nível econômico detêm 63,1% do total, enquanto os 20% mais pobres dispõem de 3,4% dele. Esse diferencial vem sofrendo uma redução nos últimos anos, para o país como um todo, uma vez que, em 1993, esses percentuais eram respectivamente 66,4% e 2,7%. Com relação ao nível educacional, 15,8% das pessoas com mais de 10 anos de idade não são alfabetizadas (56,62% dos quais residem na Região Nordeste), e 54,2% têm entre 1 e 7 anos de estudos (primeiro grau incompleto).

O Federalismo Brasileiro e as Políticas de Saúde

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios –, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 estados e o Distrito Federal e 5.560 municípios. Estados que vão desde Roraima, com apenas 279 mil habitantes, até São Paulo, com mais de 36 milhões de habitantes. Municípios com pouco mais de mil habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

O sistema federativo seria, em linhas gerais, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social.

Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social.

Além disso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área

da política e, por outro, a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do país ainda é relativamente recente. Esse processo de construção do federalismo é caracterizado por muitas tensões e conflitos na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública. No que diz respeito à saúde, a agenda política da década de 90 foi fortemente marcada pela temática da descentralização e pelos esforços de definição do papel dos gestores em cada nível de governo.

SEGUNDA PARTE: O HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Antecedentes do SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária.

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste.

Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade.

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente.

Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nessas e em outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte.

Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias, a saber:

- Os que podiam pagar pelos serviços
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e
- Os que não tinham nenhum direito.

A tabela a seguir mostra, como resultado dessa conjuntura, a distribuição percentual dos recursos gastos pelo INAMPS no ano de 1986, em comparação com a distribuição percentual da população, segundo região.

Tabela 1

Desigualdades Regionais nos Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986

Região	Gasto da região sobre total do País (%)	População da Região sobre total do País (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento / DIS - 1987.

Pode-se verificar que proporcionalmente a Região Sudeste, mais rica, foi a que recebeu mais recursos e que as Regiões Norte e Nordeste, mais pobres, foram a que menos receberam.

Esses recursos eram utilizados para o custeio das unidades próprias do INAMPS (Postos de Assistência Médica e Hospitais) e, principalmente, para a compra de serviços da iniciativa privada.

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela.

Também, nessa época, o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde, particularmente na área hospitalar.

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais.

Assim, podemos verificar que começava a se construir no Brasil um sistema de saúde com tendência à cobertura universal, mesmo antes da aprovação da Lei 8.080 (também conhecida como Lei Orgânica da Saúde), que instituiu o SUS. Isso foi motivado, por um lado, pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e, por outro, à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que constituíam o então denominado “Movimento da Reforma Sanitária”, no contexto da democratização do país.

A configuração institucional do SUS

Uma primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde.

O Art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado(...)”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Já o parágrafo único do Art. 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento do SUS, a ênfase é na participação da União, como se esta fosse a única responsável. Um dos fatores determinantes deste entendimento foi, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS, como veremos mais adiante.

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto n.º 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Esse fato, portanto, foi anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Isso se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal.

O processo de implantação do SUS

Antes de tudo, é importante destacar que, como descrito anteriormente, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários.

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1990 passou a integrar a estrutura do Ministério da Saúde e que já vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento.

Considerando-se essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi inicialmente preservado e se

constituiu no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS somente foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS.

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a lei que extinguiu o INAMPS estabelecia que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990”.

Ao se preservar o INAMPS, preservou-se também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela limitada da população.

Uma das conseqüências desta “preservação” foi o estabelecimento de limites físicos e financeiros para as unidades federadas na lógica do INAMPS, que garantiria a manutenção da situação até então vigente. Ou seja, o SUS não adotou uma lógica própria para financiar a assistência à saúde de toda a população o que significaria um grande remanejamento da alocação de recursos entre os estados. Essa medida, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção de recursos.

A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, na condição de gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na situação deixada pelo INAMPS, como resultado da capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados pois, agora, a assistência passava a ter um caráter universal.

Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 1993 e, portanto, pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde recursos da previdência social criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

Os anos de 1993 e de 1994 foram de grandes dificuldades para o SUS, pela falta de uma fonte de financiamento que garantisse recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde.

Dados Gerais sobre o SUS

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade.

No ano de 2001 foram realizadas aproximadamente 250 milhões de consultas, sendo 165 milhões em atenção básica (consultas de pré-natal, puericultura, etc.) e 85 milhões de consultas especializadas. Nesse mesmo ano foram realizados 200 milhões de exames laboratoriais, 6 milhões de exames ultrassonográficos, 79 milhões de atendimentos de alta complexidade, tais como: tomografias, exames hemodinâmicos, ressonância magnética, sessões de hemodiálise, de quimioterapia e radioterapia.

São 6.493 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 487.058 leitos, onde são realizadas em média pouco mais de 1 milhão de internações por mês, perfazendo um total de 12,5 milhões de internações por ano.

As internações realizadas vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, como a realização de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, entre outras que envolvem alta tecnologia e custo. Esta área, organizada num Sistema implantado em 1990, denominado Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), constitui-se na maior casuística hospitalar existente no mundo paga por um mesmo financiador. Para exemplificar, foram realizadas no ano 2000 2,4 milhões de partos, 72 mil cirurgias cardíacas, 420 mil internações psiquiátricas, 90 mil atendimentos de politraumatizados no sistema de urgência emergência, 7.234 transplantes de órgãos, sendo que 2.549 de rim, 385 de fígado e 104 de coração.

São dispendidos, pelo MS recursos da ordem de R\$ 10,5 bilhões por ano para custeio dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e hospitalares, além de R\$ 3 bilhões para a Atenção Básica.

Em 1995, o SUS realizou 13,2 milhões de internações hospitalares e, em 2001, 12,2 milhões, uma redução de 7,9%. Os gastos, mesmo com a redução ocorrida no período, passaram de R\$ 3,5 bilhões em 1995 para R\$ 5,1 bilhões em 2001, um crescimento de 43,1%.

No entanto, vale ressaltar que a redução no número de internações não ocorreu em todas as Regiões. Enquanto no Sudeste ocorreu uma redução de 14,8% (mais de 800 mil internações por ano), no Centro-Oeste ocorreu um crescimento de 8,2% e no Norte um crescimento de 7,4%. Este crescimento decorreu, muito provavelmente, de ampliação do acesso aos serviços hospitalares, como resultado do aumento significativo de recursos federais alocados nos estados dessas regiões nos últimos anos.

A redução da frequência de internações hospitalares nas Regiões Nordeste, Sul e Sudeste têm motivos diversos. De um modo geral, a evolução da medicina tem levado a que muitos procedimentos que requeriam a internação do paciente passassem a ser realizados em regime ambulatorial. No Nordeste, especificamente, a redução se deve, provavelmente, aos avanços obtidos com a Atenção Básica, em particular com a presença de um grande número de Agentes Comunitários de Saúde, e dos investimentos realizados em saneamento básico.

Financiamento

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que determinou a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema.

Os recursos federais que correspondem, a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994.

A intensa habilitação de municípios e estados em modalidades avançadas de gestão gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, fazendo com que, em dezembro de 2001 (Tabela 2), a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à predominância de pagamento federal direto aos prestadores de serviços.

Tabela 2

Indicadores de evolução da descentralização no SUS

Posição no final de cada exercício – 1997/2001

Indicador / Ano	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00	Dez/01
N.o de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5.049	5.350	5.450	5.516
N.o de estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12
% da população residente nos municípios que recebem \$ fundo a fundo	17,3%	89,9%	99,26%	99,72%	99,90%
% do total de recursos assistenciais transferidos fundo a fundo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,90%

Fonte: Ministério da Saúde – Dados de Habilitação SAS/SPS (1997/2001)

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual.

O nível federal ainda é o responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, embora a participação dos municípios venha crescendo ao longo dos últimos dez anos e haja a perspectiva de que a parcela dos recursos estaduais no financiamento do sistema aumente significativamente em decorrência da aprovação da EC-29.

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável por sua gestão. Independentemente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais – o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outro para os serviços hospitalares – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado para o nível de governo responsável por sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo sistema público de saúde é realizado de forma centralizada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) órgão do Ministério da Saúde. Do mesmo modo, todo o sistema público utiliza uma única tabela de preços, definida pelo MS, para o pagamento aos prestadores de serviços.

A tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de

gestão descentralizada do sistema. A norma em vigor (NOAS-SUS 01/01) define duas condições de gestão municipal: (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Cabe esclarecer que o financiamento por base per capita não dispensa o gestor de alimentar o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção servirá como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros.

Apesar do incremento das habilitações de estados e municípios, e do conseqüente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Tal situação decorre do processo de contratação e pagamento centralizado que vigorou durante o período do INAMPS que antecedeu à implementação do SUS e, em certa medida, ainda não foi plenamente substituído pelo processo de descentralização, dado o caráter não compulsório e progressivo deste último.

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da Portaria nº 2.121/GM que implantou o Piso da Atenção Básica (PAB) e separou os recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial.

O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor per capita é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção.

Vale destacar que enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor per capita, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

O Manual da Atenção Básica, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter

individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. E frisa, ainda, que “essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo de Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”.

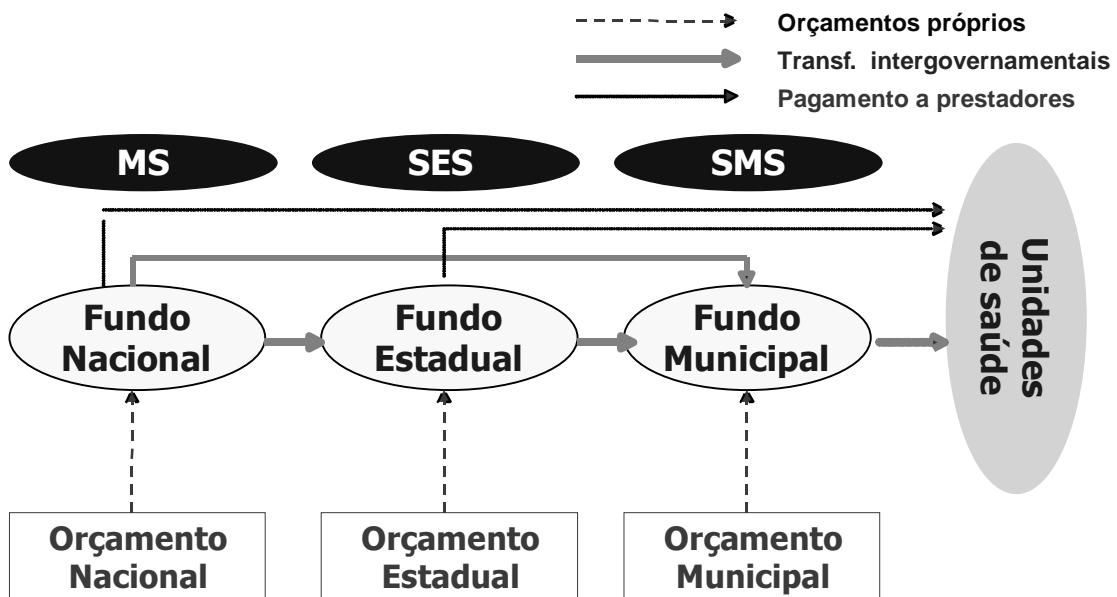
Com a Portaria GM/MS nº 2.121, o Ministério da Saúde concretizou um primeiro e significativo passo para a construção de um sistema de saúde que não se reduzia a apenas a um componente de assistência médica e para a redução das desigualdades regionais na distribuição dos recursos.

A partir da Portaria GM Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamentou a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e definiu a sistemática de financiamento, no ano 2000 o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde, começou a implementar o processo de descentralização dessa área.

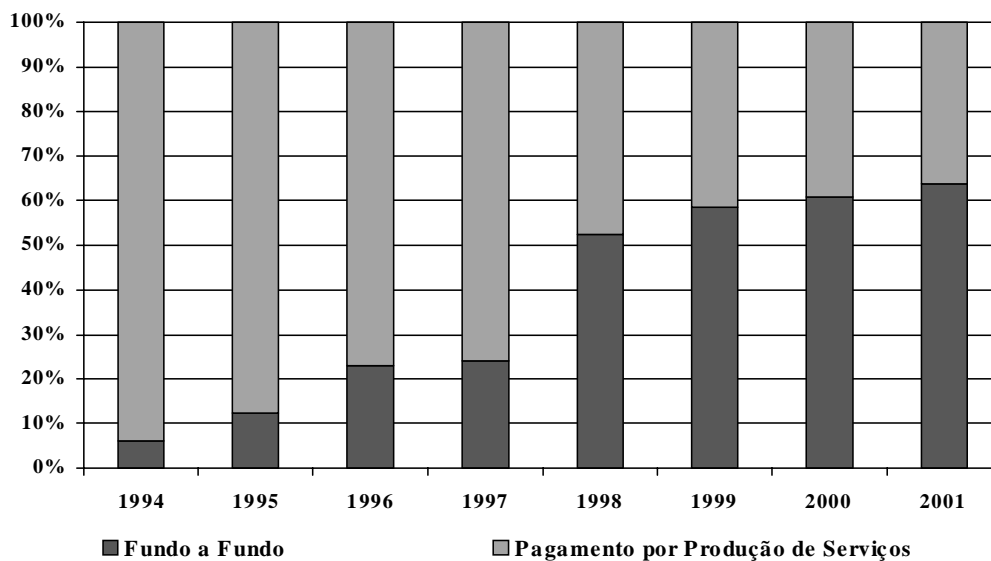
Assim, a partir de junho de 2001, o volume de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para os estados e municípios para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde passou a ser subdividido em:

- Recursos para a Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável)
- Recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Recursos para a Assistência de Média Complexidade
- Recursos para a Assistência de Alta Complexidade

Fluxo de financiamento do SUS



Percentual de Recursos Federais para o Custeio da Assistência, segundo Modalidade do Pagamento - Brasil, 1994 a 2001*



Fonte: SAS/MS

*Janeiro a Novembro/2001

Fonte: 1996 a 2000: TABNET/DATASUS

1994 e 1995: SAS/MS

TERCEIRA PARTE: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.

Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

As Normas Operacionais definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Embora o instrumento formal seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas instancias de negociação, sendo uma a nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT – com representação do Ministério da saúde, do CONASS e do CONASEMS) e, em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e em 1996.). No ano 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS), atualmente em vigor. Os fundamentos jurídicos e normativos da descentralização do SUS são sistematizados na figura a seguir.

A Descentralização no Sistema de Saúde Brasileiro

Fundamentos jurídicos e normativos:

- ✓ Constituição Federal de 1988
- ✓ Lei Orgânica da Saúde nº 08080/90
- ✓ Lei nº 8.142/90
- ✓ Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1993 e 1996
- ✓ Emenda Constitucional nº 29/2000
- ✓ Norma de Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – publicada em 2001

Uma das dimensões relevantes desse processo diz respeito à tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações por que o Estado brasileiro vem passando nas diversas áreas da política, entre outras questões.

Avanços e Dificuldades do Processo Recente de Descentralização

O período de implementação da NOB SUS 01/96, compreendido entre os anos 1998 a 2000 (as habilitações na referida norma no ano 2001 foram residuais), foi marcado por uma série de importantes avanços do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde. Entre esses avanços cabe destacar:

1. no âmbito do financiamento:

- a) a implementação do Piso da Atenção Básica para o financiamento das ações de atenção básica desenvolvidas pelos municípios, representando a introdução de uma lógica de financiamento *per capita* pela primeira vez no SUS, o que é um avanço no sentido da superação dos mecanismos de pós-pagamento;

- b) a adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas, e o aumento expressivo de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Fundos Municipais de Saúde;
2. *no âmbito do modelo assistencial e da organização dos serviços:*
- a) a expansão da estratégia de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;
 - b) a implementação de experiências inovadoras de atenção no âmbito local e avanços, tanto na organização da atenção básica como na organização de redes de referência em vários municípios e estados;
3. *no âmbito da gestão:*
- a) milhares de municípios foram habilitados de acordo com as condições de gestão da NOB SUS 01/96, integrando-se de forma voluntária e assumindo responsabilidades no Sistema Público de Saúde;
 - b) houve uma intensa transferência negociada de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para municípios e estados;

Ao final do período de vigência da NOB SUS 01/96, mais de 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados a uma das condições de gestão da referida norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,1% em Gestão Plena do Sistema Municipal (Quadro II). A maior parte dessas habilitações ocorreu ainda em 1998, no primeiro ano de implantação da NOB/96. Entretanto, o percentual de municípios habilitados em cada uma dessas condições de gestão é bastante variável entre os estados, sugerindo a existência de diferentes ritmos e modelos de descentralização. Cabe lembrar que o processo de habilitação depende da iniciativa dos gestores subnacionais. Conforme já mencionado, os estados e municípios voluntariamente se submetem ao processo de habilitação, assumindo responsabilidades e fazendo jus ao repasse de recursos e responsabilidades a partir do cumprimento dos requisitos definidos nas Normas Operacionais.

Tabela 3

Habilitação dos municípios brasileiros, por estado, na NOB SUS 01/96
Situação em dezembro de 2001

Estado	Total	Plena da Atenção Básica		Plena do Sistema Municipal		Total de Pleitos Aprovados	
	Municípios	Municípios	%	Municípios	%	Municípios	%
AC	22	17	77,27	1	4,55	18	81,82
AL	102	87	85,29	15	14,71	102	100,00
AM	62	52	83,87	7	11,29	59	95,16
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	417	394	94,48	19	4,56	413	99,04
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	78	43	55,13	35	44,87	78	100,00
GO	246	231	93,90	15	6,10	246	100,00
MA	217	171	78,80	44	20,28	215	99,08
MG	853	784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77	67	87,01	9	11,69	76	98,70
MT	139	125	89,93	1	0,72	126	90,65
PA	143	98	68,53	44	30,77	142	99,30
PB	223	215	96,41	8	3,59	223	100,00
PE	185	166	89,73	19	10,27	185	100,00
PI	222	221	99,55	1	0,45	222	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	92	71	77,17	21	22,83	92	100,00
RN	167	157	94,01	10	5,99	167	100,00
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	497	486	97,79	11	2,21	497	100,00
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	73	97,33	2	2,67	75	100,00
SP	645	482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139	130	93,53	9	6,47	139	100,00
Brasil	5.560	4.952	89,06	564	10,14	5.516	99,21

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS- MS.

Nota: Não está incluído o DF

Já o processo de habilitação dos estados foi mais lento e irregular (Tabela 4). Em dezembro de 2001, cinco estados estavam habilitados na condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete estados na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual.

Tabela 4

Habilitação dos estados brasileiros e Distrito Federal na NOB SUS 01/96

Situação em dezembro de 2001

Situação de Habilitação	Nº de UFs	% de UFs	UFs
Gestão Avançada do Sistema Estadual	5	18,5%	Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul* e São Paulo
Gestão Plena do Sistema Estadual	7	25,9%	Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Pará, Paraná, Santa Catarina
Não Habilitados	15	55,6%	Acre, Amazonas, Amapá, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso*, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins
Total	27	100%	

Fonte: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência – SAS – MS.

*Nota: Os estados do Rio Grande do Sul e de Mato Grosso já tiveram a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite para habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual, mas a habilitação ainda não foi publicada.

Entretanto, os próprios avanços da descentralização no período levantam novas questões críticas para a implementação do SUS. No final da década de 90, acentua-se o debate sobre alguns problemas e desafios até então não equacionados:

a) Divisão de responsabilidades entre estados e municípios:

Parcela significativa dos pactos de gestão sobre os prestadores de serviços de saúde entre estados e municípios foi estabelecida segundo critérios pouco adequados a organização funcional do sistema e ao comando efetivamente público do sistema, tais como partilhas de gestão por natureza jurídica dos prestadores de serviços (públicos vs. privados).

Em alguns estados, ainda há unidades básicas de saúde sob gestão estadual e/ou conflitos relacionados à persistência de hospitais estaduais que não estão sob gestão de municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

b) Processo de habilitação:

Em muitos casos a habilitação ocorreu de forma cartorial. O processo de habilitação dos estados nem sempre apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde de exercer todas as suas funções gestoras.

A maciça habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos por meio da implantação do PAB, mas não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos esses municípios, nem foi suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção.

A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, por sua vez, representou um avanço para centenas de municípios que passaram a dispor de maior autonomia

de gestão; por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção no Sistema Estadual de Saúde e seu papel na garantia do atendimento às populações referidas de outros municípios com menor capacidade assistencial.

c) Financiamento do sistema:

A alocação dos recursos financeiros permanecia, em parte, vinculada à lógica da oferta, à capacidade instalada existente e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, o que mantinha a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com as necessidades da população.

No âmbito dos estados, os critérios adotados para a distribuição de recursos entre os municípios eram, em geral, pouco explícitos.

d) Planejamento e organização funcional do sistema:

Embora muitos estados tenham conduzido os processos de Programação Pactuada e Integrada (PPI) com seus municípios, sua implementação foi efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal.

As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde aumentavam o risco de atomização dos sistemas municipais, da incorporação tecnológica irracional e da adoção de barreiras de acesso entre municípios.

A prática de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas, sem a prévia análise da adequação do perfil da oferta existente às necessidades da população, dificultava a estruturação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades.

Por outro lado, a expansão de serviços nas décadas precedentes produziu um conjunto de unidades com oferta desordenada e relações frágeis entre os serviços, dificultando a reorientação do modelo de atenção e a conformação de redes regionalizadas e resolutivas.

e) Resolutividade e acesso aos serviços:

A configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo – PAB fixo) era restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais frequentes dos usuários.

Simultaneamente, ocorriam dificuldades de acesso à assistência de média e alta complexidade, relacionadas à concentração desses serviços em poucos municípios ou mesmo à inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

O instrumental utilizado para as referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso, carecendo de mecanismos efetivos de relação entre gestores e entre serviços.

f) Monitoramento e avaliação contínua de desempenho:

Em geral não existia avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nos Planos de Saúde e processos de programação. O controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e do conseqüente faturamento apresentavam fragilidades e descontinuidades.

Em síntese, tanto o Ministério da Saúde quanto a maior parte dos estados não dispunham de diagnósticos precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento adequado de estratégias de cooperação técnica e decisões de investimento.

g) Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo:

O processo de habilitação dos municípios atingiu seu ápice, sendo residual o número de municípios que ainda não se encontra em uma das condições de gestão previstas na NOB 96.

A taxa de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida Norma, apresentou uma desaceleração no período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a necessidade do desenvolvimento de novos mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva do financiamento pela compra de serviços para mecanismos de repasse de recursos entre gestores por produção de serviços.

Face aos avanços e problemas descritos, ainda durante a fase de implementação da NOB SUS 01/96, os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para enfrentar os grandes desafios colocados para as políticas de descentralização na saúde. Desse processo resultou a publicação da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS SUS 01/01)

O processo de negociação, elaboração e implementação da NOAS-SUS 01/01

Ao longo de todo o ano 2000, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com outras secretarias do Ministério (Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva), coordenou um intenso processo de debate e negociação com as representações nacionais dos secretários estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS) de saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), acerca do aperfeiçoamento e consolidação do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde.

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS SUS 01/01 em janeiro de 2001 é fruto desse longo processo de negociação. O objetivo geral da referida norma é: “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”.

Para atingir esse objetivo, a NOAS adotou a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS, e propôs três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

1. Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
2. Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
3. Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Um dos pontos mais importantes da NOAS SUS 01/01 diz respeito ao processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Esse Plano deve conter minimamente:

- a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam o primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica;
- d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- e) a organização de redes assistenciais específicas;
- f) o Plano Diretor de Investimentos, que procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

No que diz respeito à organização da assistência, se enfatiza a importância de qualificar e melhorar a resolutividade da atenção básica em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Complementarmente, os gestores estaduais e municipais podem definir outras áreas estratégicas, de acordo com as especificidades locais.

Além das ações mínimas de atenção básica a serem asseguradas em todos os municípios brasileiros, a NOAS SUS 01/01 propõe a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantam no âmbito microrregional o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde frequentemente necessárias para atender os problemas mais comuns, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios pelo seu pequeno porte populacional. A proposta de qualificação de

regiões/microrregiões na assistência à saúde apresentada na referida Norma se fundamenta, portanto, na busca de garantia de acesso a ações resolutivas para além dos limites municipais, considerando critérios de qualidade e economia de escala.

Ainda no que tange à assistência à saúde, a NOAS SUS 01/01 estabelece diretrizes gerais para a organização das demais ações de média e alta complexidade, e preconiza que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas específicas (gestação de alto risco, urgência e emergência, hemoterapia, entre outras).

Esse tipo de regionalização, incentivado pela NOAS SUS 01/01, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve se dar através da programação pactuada e integrada (PPI). Além disso, é necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva.

Do ponto de vista do financiamento, a NOAS SUS 01/01 pressupõe um aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita, ao propor uma ampliação do Piso de Atenção Básica - fixo e que o financiamento das ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial passe a também a se dar com base em um valor per capita nacional. Esse aspecto é importante por assinalar uma tendência de superação da lógica anterior de financiamento, fortemente orientada pela oferta pré-existente de serviços, a partir da expansão dos mecanismos de pré-pagamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas.

Uma vez publicada a NOAS em janeiro de 2001, ao longo do ano a Secretaria de Assistência à Saúde acompanhou e apoiou sistematicamente os processos de regionalização nos estados, considerando as especificidades de cada um, bem como buscou desenvolver estratégias e instrumentos de gestão e de organização da assistência de apoio aos estados e municípios no processo de regionalização.

Ao longo do ano 2001, observou-se um grande dinamismo nos estados no que diz respeito aos processos de articulação entre gestores estaduais e municipais para a elaboração dos planos diretores de regionalização, de investimentos e da programação pactuada e integrada. Todos os estados já elaboraram esboços desses planos e, e a maior parte está adotando medidas significativas de organização da rede de serviços voltadas à melhoria do acesso.

Outras ações importantes no âmbito da implantação do SUS

1. Vigilância Sanitária

Na área da Vigilância Sanitária um fato importante foi o surgimento da ANVISA, criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. A ANVISA é uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. O novo órgão incorporou as competências da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, adicionadas a novas missões: coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde; atribuições relativas à regulamentação, controle e fiscalização da produção de fumígenos; suporte técnico na concessão de patentes pelo Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) e controle da propaganda de produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária.

A finalidade institucional da Agência é promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados. Além disso, a Agência exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

2. Saúde das populações indígenas

Em agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), assumiu a responsabilidade de prover atendimento integral à saúde dos povos indígenas, articulado com o Sistema Único de Saúde.

Até aquela data, a assistência à saúde desse segmento da população estava sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que a oferecia de forma desarticulada com o sistema de saúde nacional. Inexistia, até então, uma Política Setorial no SUS que atendesse à diversidade dos povos indígenas, o que comprometia o acesso adequado desses às ações de saúde, impossibilitando o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição. A urgência em formular Política de Saúde que abarcasse as especificidades dos povos indígenas se dava pela precariedade geral das condições de saúde, com taxas de morbi-mortalidade muito superiores às da população brasileira em geral. A proposta formulada pelo Ministério da Saúde foi amplamente discutida

com os atores envolvidos (Organizações e Lideranças Indígenas, Universidades, ONG, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, etc.) e aperfeiçoada durante o processo de construção da atual política, em mais de 16 seminários com participação de todos os povos indígenas. O embasamento legal, além das disposições constitucionais e das Leis 8.080 e 8.142, se deu pela Medida Provisória n.º 1911-08, de 29/07/99 e pela Lei 9.836, de 23/09/99, que estabeleceram a responsabilidade do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde e a definição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Esse subsistema foi estruturado de forma descentralizada, a partir da organização de Distritos Sanitários Indígenas. A população indígena brasileira é estimada em mais de 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de 170 línguas identificadas.

3. Regulação da assistência suplementar à saúde

Criada pela Lei nº 9.961 de 28 de Janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Contribuindo para o desenvolvimento das ações de Saúde no País, a ANS tem a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive nas suas relações com prestadores e consumidores.

A prioridade da ANS é garantir os direitos do consumidor, segmento mais vulnerável nesta relação, duplamente atingido pela assimetria de informações que caracteriza o setor: não tem domínio sobre o produto a ser consumido, que é tecnicamente definido pelos prestadores de serviço, e tampouco sobre a relação entre este e as operadoras de quem adquire os serviços que serão prestados. Além disso, o consumidor não possui instrumentos eficazes para coibir abusos aos seus direitos: tem baixa capacidade de negociação e pouca influência no controle da qualidade dos serviços. A ação reguladora da ANS é fundamentada no pressuposto de que o mercado da assistência à saúde é imperfeito e não pode ser operado livremente, demandando regras para garantir a prevalência do interesse público e, também, para equilibrar a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço.

QUARTA PARTE: AS FUNÇÕES GESTORAS E AS ATRIBUIÇÕES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NO SUS

Conforme mencionado anteriormente, o Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade.

A participação da comunidade se concretiza por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde, por sua vez, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que estes últimos detêm 50% dos membros dos mesmos. Esses órgãos colegiados têm caráter permanente e deliberativo, e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde em cada estado e um Conselho Nacional de Saúde.

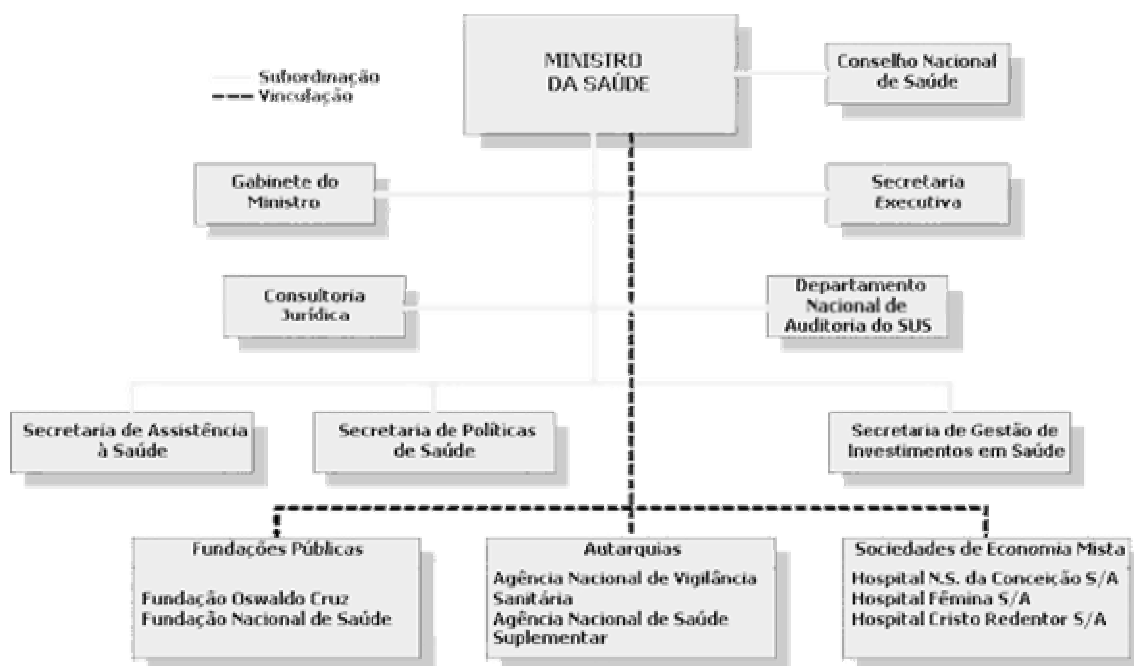
A implementação desse sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é condicionada por e deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais, já abordadas: as acentuadas desigualdades existentes no país; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde; as características do federalismo brasileiro.

Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde nos anos 90 um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja através das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, seja através criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no SUS, é importante tentar conceituar quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras no SUS.

Estrutura Institucional e Decisória do SUS

	Gestor	Comissão Intergestores	Colegiado Participativo
Nacional	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Conselho Nacional
Estadual	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite	Conselho Estadual
Municipal	Secretarias Municipais		Conselho Municipal



Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado de Saúde; e, no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

Esses gestores devem atuar em dois âmbitos, bastante imbricados: o âmbito político e o âmbito técnico. No âmbito político, o principal compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, através da busca da concretização da saúde como direito de cidadania mediante a seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados.

A atuação política do gestor do SUS, norteadada pela concepção da saúde como direito e pelo interesse público, também se consubstancia na permanente interação e relacionamento com outros atores do jogo democrático, tais como: o chefe eleito do executivo respectivo que o designou (Presidente, Governador, Prefeito); outros Ministros/ Secretários (de Fazenda, de Planejamento); o Ministério Público; representantes do Poder Legislativo (Deputados Federais ou Estaduais, Vereadores); do Poder Judiciário; prestadores de serviços; servidores públicos do setor saúde; profissionais de saúde; cidadãos usuários do SUS; representantes de entidades corporativas; representantes da sociedade em geral; gestores do SUS de outros níveis de governo e de outras unidades da federação (estados e municípios). Nesse sentido, merecem destaque os conselhos nacionais de representação dos gestores estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS), os canais institucionais formais de relação entre esferas de governo (comissões intergestores tripartite e bipartite) e os colegiados de participação da sociedade (conselhos de saúde permanentes e deliberativos), que integram a estrutura decisória no SUS.

A atuação técnica do gestor do SUS – como já se assinalou, permanentemente permeada por variáveis políticas – se consubstancia através do exercício das funções gestoras na saúde. As funções gestoras 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.

Didaticamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções ou “macro-funções” gestoras na saúde:

- formulação de políticas/ planejamento;
- financiamento;

- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados);
- e prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macro-funções compreende, por sua vez, uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Por exemplo, dentro da macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras.

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo, portanto, significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros).

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas nos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas, conforme será tratado adiante, especificamente em relação ao campo da assistência à saúde.

O papel dos três níveis de governo na assistência segundo a legislação do SUS

A Constituição Federal, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal –, é feito pela Lei Orgânica da Saúde - LOS (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990).

A LOS estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação. Os artigos 16 a 19 procuram definir as competências de cada gestor do SUS e os artigos 20 a 26 também são relevantes ao tratarem da participação do setor privado no SUS. Os itens da LOS que abordam as questões referentes ao financiamento e participação social no SUS foram muito prejudicados pelos numerosos vetos presidenciais, sendo esse problema

parcialmente contornado pela promulgação da Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Uma análise geral da Lei 8.080 permite destacar os seguintes pontos em relação às especificidades de atuação de cada gestor do SUS na assistência à saúde:

Observações gerais:

- Tende a haver maior especificação das competências do Ministério da Saúde e dos municípios do que das competências dos estados.
- Há grande ênfase na descentralização de ações e serviços para os municípios; ao Ministério da Saúde, não caberia a prestação direta de serviços, e no que diz respeito aos estados, a execução de ações e serviços seria apenas em caráter supletivo.
- É destacado o papel do Ministério da Saúde de cooperação técnica aos estados e municípios e dos estados com os municípios.

- **Ministério da Saúde:**

Em geral, cabem ao Ministério da Saúde atividades estratégicas no âmbito nacional, seja no campo do planejamento, controle, avaliação e auditoria, como na promoção da descentralização. No que diz respeito às redes assistenciais, há um destaque no papel do MS em relação à definição e coordenação nacional de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados.

Outro destaque é dado ao papel do MS na regulação do setor privado, abrangendo a elaboração de normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados de assistência e também o estabelecimento de critérios e valores para remuneração de serviços e de parâmetros assistenciais de cobertura, sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde. É também apontada como de competência da direção nacional do SUS a identificação de serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde.

De forma mais específica, cabe ao Ministério da Saúde:

1. Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.
2. No que diz respeito à regionalização da assistência, o MS é responsável por:
 - Definir as normas e instrumentos técnicos de implementação da NOAS (inclusive os que regulam as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde)
 - Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados para a elaboração dos instrumentos de planejamento (PDR, PPI, PDI) e para a implementação de sistemas de monitoramento e controle do sistema estadual (regulação)
 - Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, DF e Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional
 - Gerenciar o sistema de referências interestaduais
 - Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.
3. Definir, normatizar, coordenar e oferecer cooperação técnica nacionalmente para os seguintes sistemas:
 - a) Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados
 - b) Sistema de Laboratórios de Saúde Pública
 - c) Redes integradas de assistência de alta complexidade

4. Realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades no território nacional.
5. Exercer o papel de gerente e executor de serviços em caráter de exceção e/ou temporário, no caso de unidades complexas de referência nacional que ainda não tiverem sido transferidas a estados ou municípios.

- **Secretarias de Estado de Saúde**

No que concerne à função de planejamento, há uma referência indireta ao papel da direção estadual do SUS de planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, quando se fala que cabe aos municípios “participar” desse processo, “em articulação com sua direção estadual”. Quanto ao controle e avaliação, há um destaque mais explícito para o papel do estado de acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. Em relação às redes assistenciais específicas, destaca-se o papel do gestor estadual na coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros (somente nesses últimos dois casos, incluindo “gerir unidades que permaneçam em sua organização administrativa”). Não há referência a competências específicas do gestor estadual no que diz respeito ao planejamento, controle, avaliação, gestão e execução geral de ações e serviços, a não ser em caráter suplementar. Também em relação aos serviços privados contratados pelo SUS, não há menção de nenhuma competência específica do gestor estadual, seja na normatização, na contratação, no controle e avaliação.

Em relação ao sistema regionalizado de serviços de saúde o Estado é responsável por:

1. articulação e consolidação do Plano Diretor de Regionalização, Programação Pactuada Integrada e Plano Diretor de Investimentos
2. implantação e gestão do sistema de regulação no âmbito estadual e pela gestão das centrais de regulação
3. gestão e acompanhamento do sistema de referências intermunicipais
4. coordenação da rede estadual de alta complexidade
5. coordenação das redes estaduais de hemocentros e de laboratórios de saúde pública
6. relações com o MS para viabilizar a assistência de alta complexidade não disponível no estado

No que diz respeito às ações gerais de coordenação e regulamentação do sistema estadual, o gestor desse nível de governo:

- Realiza ações de cooperação técnica e financeira aos municípios
- Estabelece normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde.
- Realiza investimentos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades no território estadual
- É gerente e executor supletivo de ações e serviços de saúde, só atuando na prestação direta de serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas.

Além disso, o

gestor estadual participa na formulação das políticas de saúde nacionais através da presença de representantes estaduais na CIT.

- **Secretarias Municipais de Saúde:**

No modelo do SUS é dado forte destaque ao papel da direção municipal do SUS de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, gerir e executar os

serviços públicos de saúde. Também em relação aos serviços privados, enfatiza-se o papel do gestor municipal na celebração de contratos e convênios (respeitado o art. 26º, que trata do estabelecimento de critérios, valores e parâmetros assistenciais pelo gestor nacional), controle, avaliação e fiscalização de prestadores privados. Portanto, as diversas competências de relação direta com prestadores públicos e privados são atribuídas aos gestores municipais do SUS. Em relação a redes assistenciais específicas, menciona-se o papel do gestor municipal de “gerir laboratórios públicos de saúde” e de “gerir hemocentros”.

O gestor do sistema municipal tem as atribuições de:

1. analisar as necessidades de serviços
2. realizar o planejamento e a programação operacional dos serviços de saúde em seu território (próprios, outros públicos e contratados)
3. executar ações de controle e avaliação dos serviços públicos e contratados
4. contratar os serviços privados, em base ao disposto pelo Governo federal, quando o setor público for insuficiente para satisfazer as necessidades de serviços
5. *gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde*, para o atendimento à própria população e para aquela referenciada ao sistema municipal na base de acordos específicos definidos no PDR e PPI.
6. sendo o nível mais próximo ao cidadão, o nível municipal é também responsável pelas ações de orientação aos usuários sobre o acesso e o uso dos serviços.
7. realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/ iniquidades no território municipal.
8. Participar do planejamento regional/estadual:
 - contribuindo na elaboração do Plano Diretor de Regionalização, PPI e Plano de Investimentos;
 - recebendo informações sobre os serviços realizados para a população do próprio município por outros serviços localizados fora do território municipal, conforme ao desenho regionalizado da rede.
9. Participar da formulação das políticas de saúde estaduais e nacionais através da presença de representantes municipais na CIB e CIT.

Funções Gestoras no SUS

1- Formulação de Políticas e Planejamento

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> ✓ identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional ✓ papel estratégico e normativo ✓ manter unicidade, respeitando a diversidade ✓ busca da equidade ✓ apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal 	<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 SMS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal ✓ planejamento de ações e serviços necessários ✓ organização da oferta de serviços públicos e contratação de privados (caso necessário)

Funções Gestoras no SUS

2 - Financiamento

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> ✓ peso importante dos recursos federais ✓ papel redistributivo ✓ busca da equidade na alocação ✓ definição de prioridades nacionais e critérios de alocação entre áreas e entre estados 	<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 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ garantia de aplicação de recursos próprios ✓ critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais.

Funções Gestoras no SUS

3 - Coordenação, Regulação e Avaliação

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> ✓ coordenação e regulação de sistemas estaduais ✓ apoio à articulação interestadual ✓ normas de orientação quanto à regulação de sistemas ✓ avaliação do desempenho dos sistemas estaduais ✓ avaliação dos resultados das políticas nacionais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ coordenação e regulação de sistemas municipais ✓ apoio à articulação intermunicipal ✓ coordenação da PPI no estado ✓ implantação de mecanismos de regulação (centrais) ✓ avaliação do desempenho dos sistemas municipais ✓ avaliação dos resultados das políticas estaduais 	<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 ✓ avaliação dos resultados das políticas municipais

Funções Gestoras no SUS

4 - Prestação Direta de Serviços

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> ✓ em caráter de exceção ✓ em áreas/ações estratégicas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ em caráter de exceção ✓ em áreas estratégicas ✓ serviços de referência estadual/regional ✓ em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ peso importante na execução de ações /prestação direta de serviços ✓ gerência de unidades de saúde ✓ contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Observações Finais

O sistema de saúde brasileiro, cujo arcabouço jurídico-institucional foi definido na Constituição Federal de 1988, encontra-se em pleno processo de consolidação, orientado pela efetiva implementação de seus princípios e diretrizes. A descentralização de recursos e responsabilidades para os estados e, principalmente, para os municípios, constitui-se em um dos mais importantes elementos desse processo. Contudo, dadas as características do país e de seu modelo federativo, torna-se imprescindível a articulação entre os diversos níveis de governo de modo a garantir que toda a população tenha acesso ao sistema, em todos os seus níveis de atenção com qualidade, independente do local de residência.

A NOB SUS 01/96, na tentativa de clarear o papel de cada um dos gestores e induzir divisões de responsabilidades que facilitassem a organização do SUS, definiu que o gestor do sistema municipal seria o responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados no seu município. Com relação aos estados, a NOB SUS 01/96 definiu como uma das responsabilidades nucleares do poder público estadual a mediação das relações entre os sistemas municipais.

Embora a NOB SUS 01/96 tenha definido as responsabilidades de gestão para estados e municípios, a referida Norma atribuiu às Comissões Intergestores Bipartites estaduais a prerrogativa de, excepcionalmente, definir outra divisão de responsabilidades entre os gestores estaduais e municipais.

A possibilidade de ocorrência de pactos de gestão variados nos estados brasileiros é identificada atualmente, como um problema para a organização do SUS no Brasil. Em alguns casos, os pactos são “desorganizativos”, ocasionando conflitos permanentes entre os gestores estadual e municipal, e levam ao rompimento do princípio do comando único sobre o sistema em cada nível de governo.

Nesse sentido, a melhor definição das responsabilidades de cada nível de governo, no contexto da implementação do processo de regionalização desencadeado pela publicação da NOB SUS 01/01, é fundamental para a consolidação do SUS. Para o êxito da estratégia da regionalização, cada nível de governo deverá desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa. Dessa forma, será possível avançar na superação dos desafios enfrentados na construção do SUS e garantir à população brasileira uma atenção à saúde de qualidade.