

A stylized map of Brazil is shown in the background, rendered in a light purple color with a white outline. The map is positioned on the left side of the page, with its right edge partially obscured by a white horizontal bar.

Texto 5

Unidade de Aprendizagem I

Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios¹

Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado e José Carvalho de Noronha

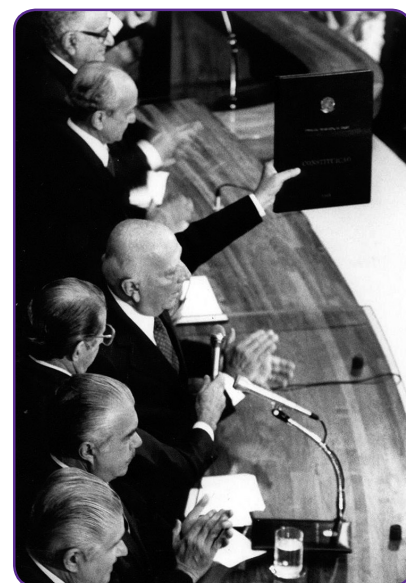
Princípios e diretrizes do SUS

O Sistema Único de Saúde conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, nasce de experiências prévias de reformas e de um intenso debate envolvendo a participação de entidades da sociedade civil organizada que culminaram na aprovação da Constituição Federal de 1988.

Mesmo com divergências em relação ao conteúdo de algumas das propostas (BAPTISTA, 1998), foi durante o processo constituinte que se logrou instituir uma coalizão parlamentar capaz de introduzir no Título VIII – Da Ordem Social, um capítulo (II) específico sobre a seguridade social (BRASIL, 1988). O conteúdo ideológico desse capítulo demonstra a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça na sociedade, realizados pelo exercício dos direitos sociais.

No art. 194, a Constituição conceitua e estabelece os princípios da seguridade social. Ela “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Compete ao Poder Público

Foto 1 – Em discurso histórico, Ulysses Guimarães comemora a promulgação da Carta de 1988



¹ Texto extraído de:

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; NORONHA, José Carvalho de. O Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e lógica organizativa; avanços, dificuldades e desafios. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues (Org.). *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.

organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, estados e municípios.

Nesse contexto de tentativa de articulação e integração das políticas sociais, foram estabelecidos os fundamentos que, pela primeira vez em nossa história, orientaram a inscrição da saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Cabe destacar a concepção ampla de saúde adotada na Constituição de 1988, garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

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

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

Explicita-se que, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados deve ser

realizada mediante o estabelecimento de contratos e convênios, sendo observadas as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação expedida pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento, controle e fiscalização.

O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos, mas integra uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados a partir dos recursos públicos destinados à saúde. O financiamento oriundo de receitas arrecadadas pelo Estado permite que as ações e serviços prestados no âmbito desse sistema sejam oferecidos gratuitamente no momento do atendimento, sem que os usuários tenham que comprovar qualquer forma de contribuição financeira prévia.

Em que pese o caráter público do SUS assegurado pela origem estatal dos recursos para seu financiamento, a saúde é livre à iniciativa privada no Brasil. Isso permite a coexistência de vários segmentos ou subsistemas de serviços, que se distinguem por vias de acesso e fontes de financiamento (planos e seguros de saúde, sistemas de “clientelas fechadas” e provedores privados autônomos), auferindo um caráter plural ao nosso sistema de saúde. Tal característica também diferencia a experiência brasileira de outros países que adotam modelos similares para organização de seus sistemas públicos de saúde, em que a presença do segmento privado não é um aspecto tão marcante.

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990) são:

■ **Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência.**

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

- **Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.** Esse princípio reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, isto é, não é aceitável que somente alguns grupos, por razões relacionadas a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços, e outros não. Somente razões relacionadas às necessidades diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas.
- **Integralidade da assistência.** A integralidade é entendida, nos termos da Lei, como um 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. A ideia é que as ações envolvendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sejam dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Por isso, os profissionais de saúde e os gestores do SUS devem empenhar-se em organizar as práticas dos serviços de modo a permitir que essa integração ocorra. No âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social, no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.
- **Participação da comunidade.** Essa é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do controle e avaliação das ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências de Saúde, que representam um canal permanente de diálogo e interação entre gestores, profissionais de saúde e população.
- **Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com:** a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização com comando único implica que os governos estaduais e, particularmente, os municipais, tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde.

São gestores do SUS os representantes no âmbito dos municípios, estados, Distrito Federal e União designados para o desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde.

Cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nas diferentes esferas de governo possui uma organização própria. Independentemente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de saúde), essas estruturas possuem órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e chefia, que participam e são corresponsáveis pela gestão do sistema, em coerência com as funções que lhes foram atribuídas em regulamentação específica.

A descentralização tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade.

No entanto, visto que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no território e no tempo e envolvem tecnologias de diferentes níveis de especialização, densidade tecnológica e custo, faz-se necessário organizar a rede de serviços do SUS de modo que ela ofereça os procedimentos necessários sem ociosidade. Para isso, é preciso definir o perfil das unidades por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização).

Em um nível mais básico estariam os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários (ex.: vacinas, consultas com médicos generalistas, com médicos das especialidades básicas e outros profissionais de saúde, parto normal). Esses serviços deveriam se distribuir o mais amplamente possível em todo o território nacional. Em um nível mais especializado ou complexo, estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnose e terapia capazes de realizar aqueles procedimentos menos frequentemente necessários, para os quais não é aceitável ociosidade, dadas as implicações relativas aos custos crescentes sobre o sistema e a qualidade da assistência prestada (ex.: cirurgia cardíaca, ressonância nuclear magnética, transplantes de medula óssea).

A regionalização e a hierarquização determinam que os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema, quando necessário, e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas creden-

ciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais.

Dada a abrangência das ações e serviços previstos no SUS, as determinações legais relativas ao âmbito de atuação do Estado na saúde são também bastante amplas. Além da organização e prestação da atenção à saúde, compete ao Poder Público: a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador; a ordenação de recursos humanos para a saúde; a fiscalização e produção de insumos para a saúde; e a participação em outras políticas relevantes, como a de saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente. Ressalte-se que várias responsabilidades do Estado na área de saúde implicam parceria com outros setores de governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos, a provisão e regulação de insumos para a saúde, a política industrial, de urbanização, saneamento e educação, entre outras.

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

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

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

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do Estado
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	Igualdade de todos às ações e serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde.	Garantia das ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e custo do atendimento.
Integralidade na assistência	Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos, e proporcionem o cuidado à saúde.	Garantia ao indivíduo e à coletividade de condições de atendimento adequadas, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Articulação da política de saúde com outras políticas públicas como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	Participação na formulação, fiscalização e acompanhamento da implantação de políticas de saúde nas diferentes esferas de governo.	Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. Transparência no planejamento e prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde	Acesso a um conjunto de ações e serviços localizados em seu município e próximos à sua residência ou trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

Fonte: Adaptado de Noronha, Lima e Machado (2008).

Configuração institucional do SUS: instâncias decisórias e estrutura de gestão

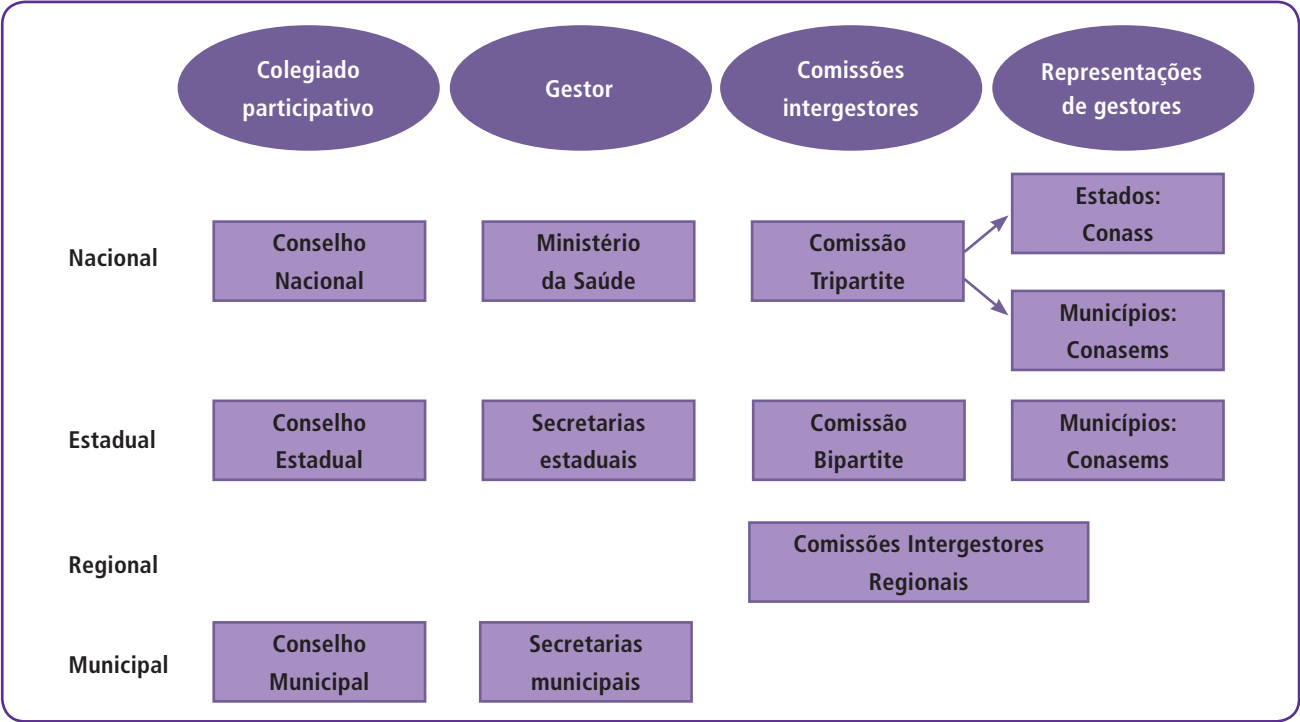
O modelo institucional proposto para o SUS é ousado no que concerne à tentativa de concretizar um arranjo federativo na área de saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas, de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema.

O modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de:

- gestores do sistema em cada esfera de governo;
- instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas – a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites

- (uma por estado), e, mais recentemente, a Comissão Intergestores Regional (no âmbito de cada região, com número variável em função do desenho regional adotado em cada estado);
- c) conselhos de representação dos secretários de saúde, estaduais e municipais, no âmbito nacional (respectivamente, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e dos secretários municipais de saúde, em âmbito estadual (Conselhos de Secretários Municipais de Saúde);
 - d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal. A Figura 1 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

Figura 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS



Fonte: Adaptado de Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2002).

O arranjo institucional do SUS, portanto, prevê uma série de instâncias de pactuação que envolvem diferentes esferas de governo e diversos segmentos da sociedade. Tal arranjo permite que vários atores, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas, participem do processo decisório sobre a política de saúde. O exercício da gestão pública da saúde é cada vez mais compartilhado por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e articulação dos interesses da sociedade.

Arretche (2003) sugere que a complexa estrutura institucional para a tomada de decisões no SUS, ainda não plenamente explorada pelos atores interessados de forma direta em suas ações, pode contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde, bem como propiciar respostas aos desafios inerentes à sua implementação.

Descentralização, federalismo e construção de capacidades gestoras no SUS

Ao mesmo tempo em que aspira a ser nacional na garantia do direito à saúde, o SUS deve ser descentralizado na responsabilidade da prestação da atenção à saúde. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo. Assim, envolve a transferência não apenas da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. A década de 1990 testemunhou a passagem de um sistema centralizado para um cenário em que milhares de governos municipais passaram a ter uma atuação extremamente importante no campo da saúde.

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

A experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue por (LIMA, 2007; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2007):

- a) origem formal há mais de um século, porém com caráter ainda “em construção” em face dos longos períodos de autoritarismo centralizador na história do país e das transformações democráticas a partir dos anos 1980;
- b) forte cultura centralizadora, com predomínio da oligarquização do poder local;
- c) importância dos governadores no sistema político, particularmente pela influência que exercem sobre suas bancadas no Congresso, sobre as eleições municipais e a conformação dos partidos, o que, entretanto, não significa um poder igualmente expressivo das esferas estaduais em todas as áreas da política pública;
- d) reconhecimento dos governos locais (os municípios) como entes federativos a partir da Constituição de 1988, acompanhado de importante processo de descentralização de encargos sociais, de poderes políticos, legislativos e tributários;
- e) predomínio de competências comuns aos três entes no terreno das políticas sociais, do caráter concorrente entre a União e estados no que diz respeito à temática legislativa, associado à insuficiência dos mecanismos de articulação e coordenação das ações governamentais desenvolvidas;
- f) existência de mais de 5 mil municípios (90% do total) de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhes são atribuídas;
- g) marcantes desigualdades políticas, institucionais e socioeconômicas entre regiões, estados e principalmente entre municípios do país.

Em 2013, foram criados mais cinco municípios – dois com menos de cinco mil habitantes, dois com menos de 10 mil e um com 15 mil – elevando o número total a 5.570. Entre os estados de maior população, o número de municípios varia entre 853 em Minas Gerais (população total de 20,5 milhões) e 92 no Rio de Janeiro (16,4 milhões de habitantes).

A especificidade da federação brasileira

Federação é sinônimo de estado federal, isto é, o estado em que coexistem entes federados que gozam de poder constitucionalmente definido e assegurado, à diferença dos países unitários, em que todo o poder emana do governo central, que pode ou não transferi-lo para as unidades territoriais.

Em um sistema federativo, portanto, a autoridade política e administrativa do estado é distribuída territorialmente, de tal forma que o governo nacional e os subnacionais têm poderes únicos, comuns concorrentes para legislar e governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas.

Por isso, alguns autores definem o federalismo como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (ELAZAR, 1987). A adoção formal ►

de um sistema político federativo implica a existência de regras nacionais e de regras definidas no âmbito das unidades subnacionais, em uma relação que envolve interdependência e autonomia relativa. Em outras palavras, requer que, em um dado país, se compatibilizem mecanismos de concentração de poder (em nome da integração política e da equidade social) com a dispersão de poder (em nome do respeito às autonomias e diversidades regionais e locais).

O desafio da soberania compartilhada é essência do próprio federalismo. Isso implica que, na implementação das políticas sociais, as relações intergovernamentais assumam formas peculiares, caracterizadas tanto pela negociação entre esferas de governo quanto pelo conflito de poder, no cerne do qual está a definição do grau de jurisdição política autônoma do governo nacional e dos governos subnacionais (ALMEIDA, 2001).

Tabela 1 – Distribuição dos municípios segundo faixa populacional. Brasil – 2010

Faixa populacional	N. de municípios	%
até 5 mil	1.301	23,4
> 5 mil até 10 mil	1.212	21,8
> 10 mil até 20 mil	1.401	25,2
> 20 mil até 50 mil	1.043	18,7
> 50 mil até 100 mil	325	5,8
> 100 mil até 500 mil	245	4,4
> 500 mil	38	0,7
Total	5.565	100,0

Fonte: IBGE (2010).

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

Arretche (2000) assinala que, em países heterogêneos como o Brasil, estratégias de indução eficientemente desenhadas e implementadas pela esfera de governo interessada em descentralizar, que obtenham a adesão das demais esferas, podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios e melhorar a qualidade da ação desses governos, à medida que tendam a minimizar custos ou ampliar benefícios relacionados à assunção de novas responsabilidades.

Na mesma linha, Abrucio (2006) observa que a garantia da implantação de políticas nacionais requer a adoção de mecanismos de coordenação federativa, compreendida como formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que resultem na instauração de parcerias aprovadas pelos entes federativos. Para esse autor, a descentralização em cenário federativo é bem complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos e vetos entre instâncias de governo, frequentemente antagônicos na disputa política.

Depreende-se que a consolidação de um sistema público e universal fortemente orientado pela diretriz de descentralização, em um país federativo, imenso e heterogêneo como o Brasil, suscita desafios importantes.

A política de saúde no país contou com o desenvolvimento de instrumentos próprios para acomodação dos distintos interesses e para administração das tensões federativas existentes, tendo em vista o fortalecimento da capacidade institucional dos municípios e estados nessa área. A condução e a coordenação estratégica do processo de descentralização foram realizadas pelo Ministério da Saúde.

A base da regulação federal sobre a descentralização é a normatização – consubstanciada pela edição anual de dezenas de portarias pelas diversas áreas do ministério e demais entidades federais – em geral associada a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Sobre essa base se associam outras formas de regulação, tais como: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais, divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços, entre outras (MACHADO, 2007).

Sem desconsiderar a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, as Normas Operacionais (NO) do SUS, o Pacto pela Saúde e mais recentemente o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) ocupam papel de destaque na regulação nacional da descentralização. Nos anos 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB): a de 1990, a de 1991, a de 1992 (similar à anterior), a de 1993 e a de 1996. Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) nas versões 2001 e 2002; em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde e, em 2011, o Decreto n. 7.508 que institui o Coap (Quadro 2).

O Pacto pela Saúde e o Coap

O Pacto pela Saúde compreende um conjunto de compromissos estabelecidos entre os gestores da saúde das três esferas de governo, com o objetivo de fortalecimento do SUS. Sua proposta foi construída durante três anos, por meio de muita negociação entre os representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, no âmbito nacional, e publicada em fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006, v. 1-3).

O documento de diretrizes do pacto apresenta uma série de orientações e estratégias organizadas em três eixos:

I. o Pacto pela Vida, que propõe um conjunto de metas relativo a seis problemas ou áreas prioritárias para a saúde:

- a) saúde do idoso;
- b) controle do câncer do colo de útero e de mama;
- c) redução da mortalidade infantil e materna;
- d) fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável;
- f) fortalecimento da atenção básica.

II. o Pacto em Defesa do SUS, que traz compromissos políticos que os gestores devem assumir, de luta pelos princípios e pela consolidação do SUS.

III. o Pacto de Gestão, que reúne proposições direcionadas ao fortalecimento do planejamento, da regionalização, da gestão do trabalho e da formação dos profissionais de saúde, entre outras.

O Pacto pela Saúde veio substituir a lógica anterior de regulamentação da descentralização das responsabilidades e dos recursos no SUS, que se baseava em processos de habilitação de estados e municípios segundo critérios estabelecidos por normas operacionais federais (condições de gestão). A lógica subjacente ao pacto é de maior compartilhamento decisório e repartição de responsabilidades por meio do estabelecimento de Termos de Compromisso de Gestão entre as três esferas de governo, que respeitem a diversidade local/regional do país.

Assim, o Pacto pela Saúde teve implicações importantes no que concerne às relações intergovernamentais na saúde, ao financiamento e à regionalização no SUS. A regionalização é bastante enfatizada na normativa do pacto, que propôs a conformação das Comissões de Gestão Regional como uma estratégia importante para fortalecer a configuração e o planejamento integrado de redes de atenção à saúde no território.

Com a publicação do Decreto n. 7.508/2011, tem-se a unificação dos instrumentos do pacto em um contrato, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, o Coap, instrumento de pactuação entre entes federativos para a constituição de redes de atenção, de acordo com o desenho regional adotado em cada estado. As Comissões de Gestão Regional passam a se constituir como as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

O processo de elaboração e implementação das portarias voltadas à regulação nacional da descentralização foi marcado por intenso debate e negociação, envolvendo as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Pode-se dizer que elas refletiram o acordo estabelecido em um dado momento na formulação da política nacional de saúde no que tange à descentralização. De caráter transitório, as portarias federais (incluindo as normas operacionais) foram sendo complementadas (detalhadas e alteradas) e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si. Pode-se afirmar que, desde 1993, as portarias que regulamentam o processo de descentralização definem:

- Diferentes atribuições gestoras dos níveis federal, estadual e municipal sobre o planejamento e programação da atenção à saúde, pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria das ações e serviços prestados no âmbito do SUS.
- Mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS.
- Responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras (modalidades de transferência de recursos federais de custeio e de remuneração de serviços) associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios. Com a instituição do Coap são criadas novas estratégias e instrumentos para o estabelecimento de metas e responsabilidades para a constituição da rede de atenção em uma determinada região. Por ser um processo bastante recente, atualmente encontra-se em fase de transição dos instrumentos do Pacto pela Saúde para o Coap.

As contradições geradas pela tentativa de tornar compatível o processo de descentralização com a integração das ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos (que chamaremos aqui de racionalidade sistêmica), as formas de organização e prestação da atenção à saúde (modelos de atenção à saúde), o financiamento (entre esferas de governo e dos prestadores privados), e a divisão de responsabilidades e formalização de compromissos entre as esferas de governo na gestão dos sistemas e serviços de saúde (acordo federativo) induzem a mudanças subsequentes. São justamente as contradições existentes na interação dessas três variáveis que conformam, tensionam e desatualizam os procedimentos em vigor e orientam a formulação e implementação de novos instrumentos, como pode ser visto resumidamente no Quadro 2.

Quadro 2 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS: racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	Ausente	Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada.	Ausente	Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
1994 a 1998	NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas.	Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma residual: transferências em bloco (<i>block grants</i>) segundo montante definido no teto financeiro.	Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena).	Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.
1998 a 2002	NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada – PPI).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas.	PAB fixo e PAB variável. Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena).	Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIBs regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.
2002 a 2005	NOAS 2001/2002	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos).	Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (<i>project grants</i>) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais.	Manutenção dos dispositivos anteriores e definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica; redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade; redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade; criação de protocolos para assistência médica.	Negociações em âmbito nacional e estadual, e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIBs regionais). Iniciativas isoladas de consórcios. Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).

Quadro 2 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS: racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, modelos de atenção à saúde e acordo federativo (cont.)

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual, com pactuação entre os gestores.	Transferências em cinco grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço e funções – em fase de implantação.	Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção.	Negociações em âmbito nacional e estadual. Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde por meio da implantação dos Colegiados de Gestão Regionais. Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida. Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados.
A partir de 2011	Decreto n. 7.508/11 Lei n. 2.466/11 Lei Complementar n. 141/12	Forte: vinculada à definição de estratégias, metas, incentivos, sanções e responsabilidades para a constituição de redes de atenção numa dada região, com a finalidade de garantir assistência integral aos usuários do SUS, a serem pactuados e expostos em contrato, o Coap. O conjunto de ações e serviços a serem pactuados na região de saúde tem como base a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).	Definição dos critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde, destinados aos estados, municípios e Distrito Federal, com o objetivo de reduzir disparidades regionais; definição da normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. Cabe à União aplicar em saúde o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB (a União é o único ente que não aplica percentuais sobre receitas ou sobre o PIB). Criação do incentivo anual de desempenho do Coap no Bloco de Gestão, com possibilidade de realocação de recursos, em caso de descumprimento do contrato.	Definição do conteúdo mínimo de ações e serviços nas Regiões de Saúde: ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Definição do Protocolo Clínico e da Diretriz Terapêutica como documentos a serem seguidos pelos gestores do SUS. Redefinição do conteúdo e periodicidade de atualização da Renases e da Rename.	Negociações em âmbito nacional e estadual. Celebração de acordo de colaboração entre União, estados e municípios para organização do sistema de saúde nas Regiões de Saúde, formalizados através da assinatura de contratos (Coap). Definição das Comissões Intergestores Regional (CIR) como espaço interfederativo de discussão e pactuação regional. Monitoramento e avaliação da execução do Coap por meio do Relatório de Gestão Anual.

É importante compreender a proposta do Quadro 2. A coluna 5 – modelos de atenção – discrimina o que foi previsto no âmbito de cada NOB (coluna 2) e seu período de vigência (coluna 1). Assim, ainda que o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) tenha se constituído como programa no âmbito nacional em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, eles não compunham a estratégia do modelo assistencial previsto na NOB referente a esses anos. A proposta do Quadro 2 é justamente apresentar os elementos constitutivos da **regulação do processo de descentralização no SUS (leia-se normas operacionais, que foram os instrumentos de orientação da descentralização durante todo esse período)**, tendo como categorias a racionalidade sistêmica, formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS, **modelos de atenção à saúde** e acordo federativo.

A diversidade territorial da atenção à saúde no SUS

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

Em primeiro lugar, ressalta-se que a abrangência das ações desenvolvidas influencia os modos de organização dos serviços de saúde. A assistência à saúde, por exemplo, pode ser realizada no âmbito ambulatorial e hospitalar, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e no espaço domiciliar. No caso da vigilância epidemiológica e sanitária, as ações envolvem outros ambientes de trabalho e convívio das pessoas, bem como da produção e circulação de bens, mercadorias e serviços.

Um conjunto diversificado de profissionais, com formações e atribuições específicas em distintas áreas da saúde, e tecnologias de diferentes complexidades e custos estão envolvidos na atenção à saúde. As ações também podem ser direcionadas para o controle e atendimento de agravos (tuberculose, hanseníase, doença sexualmente transmissível, Aids, diabetes, hipertensão arterial, violência), para determinados grupos populacionais (mulher, criança, idoso, gestante, indígenas) ou para áreas da atenção à saúde selecionadas (assistência oncológica, saúde bucal, saúde mental).

Assim, diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde podem ser observadas no SUS, sendo orientadas segundo critérios diversos: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, urgência e emergência), níveis de complexidade

da atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade), direcionalidade das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e modelos de prestação do cuidado à saúde (Estratégia de Saúde da Família). Existem tensões entre essas distintas lógicas de organização dos serviços, que muitas vezes não se coadunam e expressam propostas de planejamento e financiamento da saúde conduzidas de forma fragmentada pelas esferas de governo.

Em segundo lugar, é preciso considerar que a forma como foi moldada a descentralização no SUS permitiu que as regras nacionalmente construídas para a condução desse processo fossem adaptadas, respeitando-se o processo de negociação e pactuação entre estados e municípios.

Nesse sentido, diferentes acordos foram estabelecidos em relação à repartição de responsabilidades sobre a gestão do sistema e serviços de saúde. A divisão de funções na prestação direta desses serviços respeitou, em muitos casos, o nível de complexidade dos estabelecimentos de saúde, a natureza dos serviços oferecidos (se ambulatoriais ou hospitalares) e sua abrangência (local, regional ou estadual). Isso faz com que, mesmo tendo os municípios assumido um papel preponderante na oferta de serviços públicos de saúde, pelo menos no que se refere às unidades com internação, a função desempenhada pelas instâncias estaduais e, em menor proporção, pelo nível federal, é ainda significativa.

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

Por último, destaca-se que as modalidades de serviços que compõem o sistema de saúde não se distribuem uniformemente no país. Como indicado anteriormente, a maioria dos municípios é muito pequena e não possui demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção em seu território. Na maior parte das vezes, os municípios possuem apenas estabelecimentos de atenção básica e muitas regiões de saúde são planejadas abrangendo vários municípios. Por outro lado, a oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS é bastante concentrada.

Portanto, a oferta de serviços de saúde no SUS é bastante desigual no território nacional. Embora a última pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tenha registrado aumento no número de estabelecimentos de saúde em todas as regiões brasileiras – reduzindo de 146, em

2002, para 2, em 2009, o número de municípios sem estabelecimentos de saúde ativos de qualquer tipo (sem internação, com internação ou de apoio diagnóstico; de natureza pública ou privada) –, as desigualdades na distribuição espacial dos serviços de saúde permanecem.

Do total dos estabelecimentos pesquisados no país (IBGE, 2010), os estabelecimentos com atendimento ambulatorial correspondem a 76,64%. Destes, a região Norte responde por 7,16%, a região Nordeste por 32,69%, o Sudeste por 35,71%, o Sul por 16,1% e o Centro-Oeste por 8,43%.

De fato, apesar da expansão da Estratégia de Saúde da Família e do aumento da cobertura de serviços na atenção básica, segundo a pesquisa AMS/IBGE, ainda é comum nas regiões Norte e Centro-Oeste a existência de estabelecimentos que oferecem atendimento ambulatorial sem médico, correspondendo a respectivamente 20,6% e 20% dos estabelecimentos sem internação nessas regiões, em contraposição a apenas 10,7% na região Sul (IBGE, 2010).

A diversidade da lógica de organização dos serviços de saúde, da natureza jurídica dos prestadores e do perfil das unidades de saúde distribuídas no território traz enormes desafios para o planejamento que vise a montagem de uma rede de atenção à saúde no SUS orientada para suprir as principais necessidades da população nessa área.

Avanços, dificuldades e desafios para o SUS

Implementar o SUS em sua concepção original significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias. Se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 favoreceu o debate político na área de saúde, que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema, a concretização dos princípios do SUS será continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Os obstáculos estruturais se referem, para alguns autores, a dois grupos básicos de problemas que se apresentam para os países latino-americanos:

1. um primeiro grupo relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade (que não são plenamente resolvidos por programas sociais) e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para implantar políticas abrangentes, em confronto

com as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades;

2. um segundo grupo, de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes dos sistemas de prestação de serviços nesses países – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade (DRAIBE, 1997).

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

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

Fotos 1 e 2 – O modo de vida das grandes capitais, como São Paulo, contrasta com o modo de vida do interior do Brasil



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

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

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

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

Essas tendências se expressam desde os anos 1990 no país por meio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase nas medidas de:

- a) estabilização da moeda;
- b) privatização de empresas estatais;
- c) adoção de reformas institucionais orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da Previdência e a reforma do aparelho do Estado;
- d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e fragilização do movimento sindical; e
- e) desregulamentação dos mercados.

Tais mudanças tensionam as políticas sociais universais em países desenvolvidos e, no Brasil, onde o SUS ainda não foi consolidado, tiveram repercussões mais graves. Dessa forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes da política de saúde foram construídos na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos estados nas décadas de 1990 e 2000, e sua implementação tem sofrido a influência dessas tendências.

Observam-se, até meados dos anos 2000, tanto avanços como dificuldades nos diversos eixos estratégicos para a implantação do SUS, sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	Fontes estáveis para o setor oriundas das três esferas de governo. Condições de financiamento e de gasto adequadas para o setor nas três esferas de governo. Suplementação e redistribuição de recursos fiscais para estados e municípios mediante a adoção de mecanismos e critérios equitativos para transferência de recursos federais. Desenvolvimento de política regional de investimentos para o SUS.	Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde. Aumento progressivo das transferências automáticas ("fundo a fundo") de recursos federais para estados e municípios.	Não implantação do Orçamento da Seguridade Social. Instabilidade de fontes durante a maior parte da década de 1990 (EC n. 29 só aprovada em 2000). Dificuldades na regulamentação e no cumprimento da vinculação constitucional da saúde (EC n. 29). Volume de recursos para o setor insuficiente. Pouca participação dos recursos estaduais no financiamento. Baixa participação dos investimentos no gasto público em saúde. Excesso de condicionalidades para aplicação de recursos federais transferidos (no fim dos anos 1990). Distribuição de recursos federais ainda segue muito o padrão da oferta, com limitações na adoção de critérios de promoção da equidade. Pouca adoção de mecanismos de transferências interestaduais e intermunicipais de recursos para o SUS.
Relações público-privadas	Consolidação do sistema público de saúde, único e universal, em uma lógica de seguridade social. Caráter complementar do setor privado no sistema. Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado.	Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal. Aumento da capacidade gestora em diversos estados e em milhares de municípios.	Crescimento do setor privado supletivo, subsidiado por renúncia fiscal, com segmentação da clientela. Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e setor privado supletivo. Multiplicação de novas formas de articulação público-privada na saúde (terceirizações, fundações, cooperativas etc.).
Descentralização e relações entre gestores	Definição do papel das três esferas de governo no SUS respeitando-se as especificidades regionais. Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios. Mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para definição e implementação da política.	Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e, principalmente, municípios. Estabelecimento das comissões intergestores (tripartite e bipartites) como instâncias efetivas de negociação e decisão.	Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema. Fragilidade dos mecanismos e instrumentos de pactuação em nível regional. Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal).

Quadro 3 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (cont.)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Gestão e organização do sistema	Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema. Expansão e desconcentração da oferta de serviços. Adequação da oferta às necessidades da população. Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada.	Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede de serviços de saúde em diversos estados e municípios. Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas.	Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios. Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços.
Atenção aos usuários	Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias. Mudança do modelo de atenção. Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde da população.	Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS. Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações). Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (ex.: saúde mental). Expansão de estratégias de agentes comunitários de saúde e saúde da família em todo o país. Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país.	Persistência de desigualdades no acesso. Persistência de distorções no modelo de atenção (medicalização, uso inadequado de tecnologias). Problemas no âmbito da qualidade e resolutividade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país.
Recursos humanos	Formação e capacitação adequadas de recursos humanos para o SUS, tanto para a gestão como para as atividades de atenção. Constituição de quadros técnicos gestores nos estados e municípios. Distribuição equitativa de profissionais de saúde em todo o país.	Aumento da capacidade técnica de gestão do sistema de saúde em vários estados e municípios.	Distorções na formação dos profissionais de saúde. Heterogeneidade entre os diversos estados e municípios na constituição de equipes técnicas nas secretarias de saúde. Dificuldades de estados e municípios na contratação de profissionais de saúde, agravadas pela conjuntura de Reforma do Estado, com pressões para redução de gastos com pessoal. Distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional. Aumento da precarização das relações de trabalho na saúde.
Controle social	Participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde. Implementação nas três esferas de governo de conselhos de saúde deliberativos, envolvendo diversos segmentos sociais, com 50% de usuários. Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS.	Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação de usuários.	Funcionamento efetivo dos conselhos bastante variável entre os diversos estados e municípios. Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo sobre a política, em várias situações.

Quadro 3 – Avanços e dificuldades na implementação do SUS (cont.)

Eixos estratégicos	Aspectos-chave	Avanços	Dificuldades
Desenvolvimento científico e tecnológico e produção de insumos para a saúde	Desenvolvimento científico e tecnológico nacional compatível com as necessidades do SUS. Fortalecimento da capacidade de inovação e produção nacional de insumos relevantes para a saúde. Fortalecimento da capacidade de regulação da incorporação tecnológica no SUS mediante a adoção de critérios científicos.	Preservação de capacidade nacional de produção em algumas áreas (medicamentos, vacinas), inclusive no setor público (Fiocruz, Instituto Butantan).	Defasagem tecnológica em vários segmentos relevantes para a saúde e uso inadequado de tecnologias em outros. Estagnação da indústria nacional nos anos 1990, atingindo vários segmentos da saúde. Alta dependência de importações (déficit comercial relativo a insumos da saúde). Custos elevados de insumos, em função das características das empresas transnacionais e da aprovação da Lei Brasileira de Propriedade Intelectual (em 1996).
Provisão e regulação de insumos para o setor	Distribuição e provisão adequada de insumos necessários para a saúde em todo o território nacional. Regulação de mercados relativos aos insumos em saúde de forma coerente com as necessidades de saúde da população e os princípios do SUS.	Aumento da disponibilidade de equipamentos e insumos em áreas do país anteriormente desassistidas. Garantia de medicamentos necessários no âmbito de programas específicos (com destaque para o controle do HIV/Aids). Política de medicamentos genéricos (a partir de 1998).	Persistência do quadro de insuficiência e de desigualdades na distribuição de insumos no país. Grande peso do setor privado na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico. Dificuldade de acesso a diversos tipos de equipamentos e medicamentos. Limitações da assistência farmacêutica pública. Limitada regulação estatal sobre os mercados de insumos em saúde.

Fonte: Adaptado de Levcovitz, Lima e Machado (2001).

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

Mesmo em relação à descentralização, as condições, características e formas de condução do processo, assim como seus resultados, têm sido questionados em vários estudos. O fato é que a descentralização não garante por si só o fortalecimento do caráter democrático do processo decisório na formulação de políticas, nem necessariamente possibilita o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos governos locais, regionais e central. O fortalecimento institucional das três esferas de governo depende de mudanças mais amplas do Estado, que transcendam o espaço da política setorial, sendo a concretização do SUS influenciada por outros aspectos ainda não equacionados, como o adequado aporte de recursos financeiros (incluindo os investimentos), a provisão e regulação adequada de insumos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a superação dos padrões de iniquidade

do sistema e a permeabilidade das instituições do setor de saúde aos valores democráticos.

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

Referências

ABRUCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 77-125.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, 2005.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais*: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

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

BAPTISTA, T. W. F. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 49, n. 3, p. 99-118, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n. 7.058, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informações hospitalares SIH /SUS*. Brasília, DF: DATASUS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. *Relações entre níveis de governo na gestão do SUS*. São Paulo, 2002. Slide 9. Trabalho apresentado no Seminário Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelacoesNiveisGov_arquivos/frame.htm>. Acesso em: out. 2003.

DRAIBE, S. M. *Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1997. Informe final do Projeto Estudos de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da Cepal.

ELAZAR, D. J. *Exploring federalism*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987.

FIORI, J. L. *O federalismo frente ao desafio da globalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995. (Estudos em saúde coletiva, n. 15).

IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Estatísticas da saúde assistência médico-sanitária 2009*. Rio de Janeiro, 2010.

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

LIMA, L. D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, C. V. *Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, DF, 2004. p. 45-94.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 78-99, 1990.

VIANA, A. L. d'A. *Modelos de intervenção do estado na área da Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995.
(Estudos em saúde coletiva, n. 18).

VIANA, A. L. d'A.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D'A.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

VIANA, A. L. D'A.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

Endereços eletrônicos recomendados

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

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
<http://www.conass.org.br/>

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

Conselho Nacional de Saúde
<http://www.conselho.saude.gov.br/> Departamento de Informática do SUS – DATASUS <http://www.datasus.gov.br/>

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

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

Projeto Descentralização on-line – Acompanhamento da CIT (parceria SE/MS-Ensp/Fiocruz)
<http://www.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>

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