



Texto 6

Unidade de Aprendizagem I

O papel das três esferas de governo na gestão do SUS¹

*Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado
e Tatiana Wargas de Faria Baptista*

Descentralização e regionalização são princípios complementares que norteiam a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). De caráter público, nacional e universal, o SUS integra um conjunto amplo de ações que devem ser organizadas em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob gestão descentralizada e comando único em cada esfera de governo (BRASIL, 1988 e 1990).

A descentralização da política de saúde tem como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios. O fortalecimento dos executivos estaduais e municipais se justifica como forma de promover a democratização e incorporar novos atores sociais de modo coerente com o desenho federativo brasileiro, mas, também, ampliar a capacidade de resposta do Estado aos problemas de saúde da população (AFFONSO; SILVA, 1995; GERSCHMAN, 1995).

Entretanto, na maioria das vezes, os fatores que determinam os problemas de saúde não respeitam os limites político-administrativos das esferas subnacionais no Brasil. A maior parte dos municípios e muitos estados não possuem condições para prover de forma autônoma as ações e os serviços necessários à atenção integral de seus cidadãos, apresentando recursos (financeiros, materiais e humanos) muito diferenciados entre si. As variações de tamanho, porte populacional e densidade demográfica dos entes federativos, e as iniquidades do ponto de

Ressalta-se que o comando único (ou direção única) em cada esfera de governo é a tentativa de garantir, na gestão da política de saúde, a observância de um princípio comum a todo sistema federativo: a independência relativa entre os governos nacional e os subnacionais na elaboração de suas políticas próprias. Assim, no âmbito nacional, a gestão do sistema deve ser realizada de forma coerente com as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde; no âmbito estadual, com as políticas elaboradas pelas secretarias estaduais; e, no âmbito municipal, pelas secretarias municipais de saúde.

¹ Texto extraído de:

LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O papel das três esferas de governo na gestão do SUS. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues (Org.). *Gestão de Redes de Atenção à Saúde*, 2. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2014.

vista socioeconômico e geográfico também são muito significativas no país. Existem, ainda, dinâmicas territoriais próprias de determinados lugares, como aquelas relacionadas às áreas metropolitanas, às regiões fronteiriças e à Amazônia Legal, que repercutem na organização e funcionamento do sistema de saúde.

Assim, é muito difícil separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência da atuação de cada esfera de governo. A decisão quanto à repartição de um território político-administrativo ou sua agregação em uma mesma região para fins de planejamento e organização dos serviços está associada, entre outros fatores, aos objetivos das políticas de saúde e às características dos municípios e estados envolvidos. Em geral, a interdependência entre os governos é bastante significativa no SUS (CAMPOS, 2006; FLEURY; OUVÉNEY, 2007; SANTOS; ANDRADE, 2011), sendo necessário “transcender suas fronteiras” sem, contudo, desconsiderá-las, para se conformar uma rede de atenção integral à saúde no território.

A regionalização na saúde, que tem como objeto central a configuração de regiões, traduz-se como um processo político mais amplo, condicionado pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas, e cidadãos em diferentes espaços geográficos (VIANA; LIMA, 2011). Inclui, ainda, o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010).

Além disso, a regionalização envolve, pelo menos, mais dois processos inter-relacionados: a incorporação de elementos de diferenciação e diversidade socioespacial no planejamento regional da saúde (VIANA et al., 2008); a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e para a redução das desigualdades territoriais (GADELHA et al., 2011).

É preciso, porém, levar em conta a especificidade dos processos de formulação e implantação de políticas públicas nacionais nos países federativos (PIERSON; LIEBFRIED, 1995). O desenho institucional das federações garante a repartição do poder do Estado em múltiplos centros, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político e defender seus interesses e direitos originários (ELAZAR, 1987; LIJPHART, 2003). Dependendo do arranjo federativo adotado e da trajetória histórica da política de saúde nesses países, a implantação de sistemas nacionais universais pode exigir um processo

longo e permanente de negociação entre autoridades políticas dotadas de legitimidade, visões e projetos distintos.

Por outro lado, nesses casos, a descentralização e a regionalização induzem a mudanças na distribuição do poder e nas relações interinstitucionais estabelecidas na política de saúde, o que requer o fortalecimento de mecanismos de coordenação federativa.

A coordenação federativa, compreendida como as formas de articulação entre diferentes esferas governamentais na gestão de políticas públicas, é um elemento-chave para se garantir o equilíbrio entre a autonomia e a interdependência dos entes e a amenização dos conflitos existentes entre eles, favorecendo a cooperação (ABRUCIO, 2005). Esta pode ser induzida por meio de mecanismos diversos: instrumentos legais e normativos que definam a distribuição e o compartilhamento de funções e competências gestoras entre os entes; fóruns federativos e formalização de processos de negociação intergovernamental; funcionamento regular das instituições representativas; papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

Para Viana, Lima e Oliveira (2002), a coordenação de políticas de saúde em cenário federalista também necessita da emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, do reforço de burocracias eficientes nas diferentes esferas de governo, da atuação de gestores intergovernamentais e do desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e a cooperação intergovernamental.

Reconhecendo a complexidade da implantação do modelo preconizado pelo SUS no contexto federativo brasileiro, apresentamos o modo como a coordenação federativa foi instituída na política de saúde. Serão considerados três mecanismos de coordenação:

1. Os dispositivos regulatórios que determinam a divisão e o compartilhamento de responsabilidades e funções gestoras entre as autoridades governamentais nos diferentes campos de atenção à saúde.
2. Os mecanismos e instrumentos de gestão compartilhada no SUS.
3. Os sistemas de partilha ou transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Os trabalhadores e usuários do SUS deparam-se frequentemente em seu cotidiano com problemas de organização, funcionamento e qualidade dos serviços de saúde. A quem devemos recorrer para tentar solucionar esses problemas?

A definição clara das responsabilidades pela gestão do SUS é importante para assegurar as condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania, tal como afirmado na Constituição Federal de 1988.

Além disso, importa considerar a forma como se processam as decisões sobre as políticas de saúde, visto que o funcionamento do SUS envolve grande quantidade de serviços e de pessoas (dirigentes, profissionais de saúde, prestadores de serviços, produtores e fornecedores de materiais e insumos, e usuários de serviços).

Nesse sentido, a Constituição de 1988 estabeleceu algumas diretrizes organizativas para o SUS que têm implicações sobre a forma como as decisões relativas às políticas de saúde são tomadas e implementadas.

Os gestores do SUS

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei Federal n. 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990), regulamentada pelo Decreto n. 7.508/2011, define que a direção do SUS é única em cada esfera de governo e estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde: o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal. A partir dessa definição, o termo “gestor do SUS” passou a ser amplamente utilizado em referência ao ministro e aos secretários de saúde.

Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo. De forma geral, como representantes do governo no exercício da administração pública, os gestores devem observar, na sua prática, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, conforme disposto no art. 37 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Os princípios básicos da administração pública

O art. 37 da Constituição Federal de 1988 estabelece que:

“A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência...” (BRASIL, 1988).

O princípio da legalidade estabelece que os atos da administração pública devam se dar em conformidade com os princípios constitucio-

nais e de acordo com a lei; a impessoalidade define a supremacia do interesse público, o universalismo de procedimentos e a igualdade no tratamento das pessoas; a moralidade, atuação com ética, honestidade e integridade de caráter; a publicidade, a necessidade de divulgação dos atos administrativos, salvo algumas situações de exceção (como, por exemplo, aquelas situações que possam colocar em risco a vida das pessoas ou em caso de sigilo previsto em lei), e a eficiência, a qualidade e racionalidade na realização das atividades e no uso dos recursos.

Mais especificamente, o reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores do SUS – a política e a técnica – pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício da autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo.

Em primeiro lugar, cabe lembrar que o cargo de ministro ou de secretário de saúde tem significado político importante: seu ocupante é designado pelo chefe do Executivo, democraticamente eleito em cada esfera de governo (presidente, governador ou prefeito). Isso situa o gestor da saúde como integrante de uma equipe que tem responsabilidade por um determinado “projeto de governo” e deve dar respostas ao chefe político em cada esfera, e interagir com outros órgãos de governo.

Por outro lado, a autoridade sanitária tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS. Estas expressam uma política de Estado para a saúde que não se encerra no período de um governo. A interação projeto de governo-política de Estado setorial é inerente à atuação dos gestores do SUS, podendo muitas vezes expressar tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação das políticas públicas de saúde.

A atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos atores sociais (pessoas e grupos) nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais. Os objetivos a serem perseguidos na área da saúde exigem a interação do gestor com os demais órgãos governamentais executivos (por exemplo, outros ministérios ou secretarias de governo), com outros Poderes (Legislativo e Judiciário; Ministério Público e Tribunais de Conta), com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada.

A atuação técnica do gestor do SUS, permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das macrofunções de Estado na saúde, cujas características e articulação conformam um dado modelo de intervenção estatal no setor (MACHADO, 2007).

As macrofunções de Estado na saúde

Também aqui denominadas como funções gestoras, podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a formulação e implantação de políticas na área de saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do SUS e da gestão pública. O exercício dessas funções depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde.

Simplificadamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde que, por sua vez, compreendem uma série de subfunções e de atribuições.

1. **Formulação de políticas/planejamento.** Constituem funções fundamentais para o direcionamento da política de saúde, que envolvem a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária, abrangendo identificação de necessidades, de prioridades e diretrizes de ação; elaboração de estratégias e planos de intervenção; articulação com outros atores e mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas.
2. **Financiamento.** Está relacionado à capacidade do Estado em garantir os recursos financeiros necessários à materialização dos direitos à saúde, envolvendo uma dimensão redistributiva. A função estatal de financiamento pode ser analisada em vários âmbitos, tais como: o comprometimento do gasto público com a saúde; a magnitude do gasto público em saúde; a participação pública no gasto total em saúde (em relação ao gasto privado); o sistema de partilha fiscal (incluindo as transferências intergovernamentais na saúde) e a distribuição do gasto público entre esferas de governo (em países federativos); as prioridades do gasto público em saúde; o caráter redistributivo dos gastos (entre regiões e entre grupos sociais em um país); a gestão orçamentária e financeira dos recursos da saúde.
3. **Regulação.** Mesmo existindo diferentes concepções a seu respeito, considera-se que a função de regulação do Estado na saúde envolve quatro âmbitos principais (MACHADO, 2007): a regulação sobre prestadores de serviços públicos e privados; a regulação de sistemas/redes de saúde; a regulação sanitária; a regulação de mercados em saúde. Nesses âmbitos, inclui-se a adoção de um conjunto de estratégias voltadas para a regulamentação, coordenação e avaliação das ações, bens, serviços e sistemas de saúde, visando controlar procedimentos e processos, assim como induzir e assegurar determinadas características comuns e resultados mais uniformes.

4. Prestação de serviços de saúde. Expressa a responsabilidade pela provisão de ações e serviços de saúde que pode estar dividida entre vários agentes, governamentais e não governamentais. A prestação direta de serviços pelo Estado requer a existência de quadros próprios de funcionários e uma série de funções administrativas, relativas à gestão de pessoal, de compras, armazenamento e distribuição de insumos, e à organização e operação dos serviços próprios de saúde.

Compreender as atribuições dos gestores do SUS requer, portanto, uma reflexão sobre as especificidades da atuação de cada esfera de governo no que diz respeito às funções gestoras, de forma coerente com as finalidades de atuação do Estado em âmbito nacional, estadual e municipal, e com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde nos diversos campos de atenção à saúde (assistência à saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de doenças, desenvolvimento, produção e regulação de insumos para a saúde, formação e gestão de recursos humanos para a saúde).

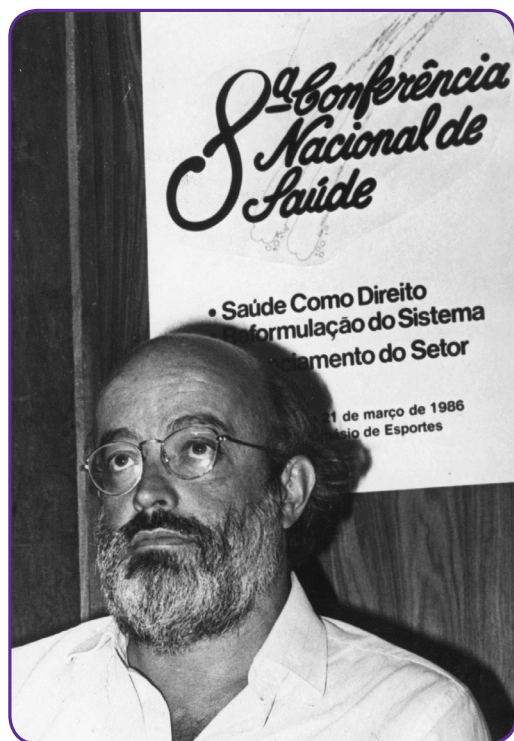
A trajetória dual se caracteriza pela dicotomia histórica das políticas de saúde no Brasil, marcante dos anos 1930 aos anos 1980, com expressões no âmbito das instituições e do direito à saúde. Tal dicotomia se expressou, de um lado, na construção de uma saúde pública voltada para o controle do ambiente e das doenças e, de outro, na expansão da assistência médica previdenciária voltada para a parcela da população trabalhadora e contribuinte do sistema.

Ainda que a saúde seja influenciada por diversas políticas públicas, as funções de Estado no âmbito setorial são, em sua maior parte, exercidas pelas autoridades sanitárias no país. Dada a trajetória dual da política de saúde brasileira, tais funções foram, ao longo do século XX, exercidas por diferentes organismos estatais em cada esfera de governo, com características variadas. Acrescente-se a isso a predominância de um modelo centralizador na condução das políticas nacionais de saúde, seja na vertente da saúde pública, seja na previdenciária, coerente com a cultura política presente na federação e as características mais gerais dos regimes autoritários que vigoraram na maior parte do período pós 1930.

A agenda da reforma sanitária brasileira dos anos 1980 e as concepções que constam da Constituição Federal de 1988 relativas à seguridade social e ao SUS pressupunham um modelo de atuação estatal na saúde diferente do anterior, reafirmando o dever do Estado na garantia do direito à saúde e recolocando a questão federativa no centro do debate. No entanto, a atuação do Estado na implantação do SUS nos anos 1990 foi pressionada também pela agenda liberal de reformas hegemônicas na década, sendo o modelo de intervenção estatal na saúde influenciado por essas duas agendas conflitantes (MACHADO, 2007; RIBEIRO, 2009).

A consolidação do SUS, as transformações do Estado e a descentralização político-administrativa condicionaram o papel das novas autoridades sanitárias (conformadas após a promulgação da Constituição de 1988) – o Ministério da Saúde pós-incorporação do Instituto Nacional

Foto 1 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e presidida pelo sanitarista Sergio Arouca, então presidente da Fiocruz, foi um marco na luta pela Reforma Sanitária



Fonte: COC/ Fiocruz.

Foto: Álvaro Pedreira (1986).

de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), as secretarias estaduais e as milhares de secretarias municipais de saúde – nos últimos 20 anos, exigindo mudanças nas funções, atribuições, estrutura e lógica de atuação dos gestores da saúde.

A divisão de competências e responsabilidades gestoras no marco regulatório do SUS

A legislação do SUS (Constituição e Lei Orgânica da Saúde) e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios nas políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela ausência de padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, o que é comum em países federativos, onde são marcantes as desigualdades nas condições entre os entes, e a diversidade regional (ALMEIDA, 2001). Na maioria das vezes, observa-se uma mistura entre competências comuns e concorrentes, e competências específicas de cada esfera.

A descentralização e a regionalização do SUS induziram a reconfiguração das funções dos gestores no sistema de saúde, que se expressam de forma diversificada de acordo com o campo de atenção à saúde, as distintas realidades loco/regionais e as negociações intergovernamentais subjacentes a esses processos. Por exemplo, nos campos das vigilâncias epidemiológica e sanitária, cujos processos de descentralização são mais recentes, observam-se esforços de divisão de atribuições entre estados e municípios baseados em uma lógica de repartição por complexidade. Na assistência à saúde, por sua vez, a divisão de responsabilidades sofreu a influência de outras variáveis, tais como os tipos de serviços oferecidos (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico; natureza das atividades realizadas, entre outros) e sua abrangência/escala territorial (local, regional, estadual e nacional).

De forma geral, destacam-se as seguintes tendências consolidadas no âmbito da política de saúde:

1. **Formulação de políticas e planejamento.** A função de formulação de políticas e planejamento é uma atribuição comum das três esferas

Você conhecerá melhor esses instrumentos de planejamento na Unidade V do curso.

de governo, cada uma em seu campo de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federal e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. A formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS no âmbito das Comissões Intergestores e com outros atores sociais, por meio dos Conselhos de Saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. Em que pese os esforços das esferas estaduais e municipais para a elaboração de seus planos de saúde e as iniciativas de regulamentação desse processo, o conteúdo dos planos e a abrangência das ações planejadas variam enormemente no território nacional. Na esfera federal, apenas recentemente se registram instrumentos de planejamento formais que envolvam uma explicitação clara de prioridades e estratégias (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010), como a Agenda Nacional de Prioridades (em 2001), o Plano Nacional de Saúde Plurianual (publicado em 2004) e o Mais Saúde (lançado no fim de 2007). Na esfera estadual, destacam-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos de planejamento e programação das ações e serviços de saúde no território. Já na esfera regional, há a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

2. **Financiamento.** A responsabilidade pelo financiamento da saúde, segundo a legislação, deve ser compartilhada pelas três esferas de governo. A definição legal de um orçamento da seguridade social, as características do sistema tributário e as desigualdades da federação brasileira destacam a importância do financiamento federal na saúde. De fato, o peso do governo federal no financiamento dessa área ainda é importante, embora a participação relativa da esfera federal no gasto público em saúde tenha diminuído ao longo da década de 1990, ao mesmo tempo em que houve aumento relativo da participação dos municípios e dos estados. Trabalhos recentes indicam que, em 2008, a União foi responsável por 44% das despesas com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, os estados por 28% e os municípios por 29% (LEVI; SCATENA, 2011).

A Lei Complementar n. 141/2012 define os percentuais de investimento que cada esfera deve realizar:

Art. 5º – A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. ►



Para conhecer a lei na íntegra, acesse: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm

[...] § 2º – Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Art. 6º – Os estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º – Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º – O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal (BRASIL, 2012). ■

Tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, que passam a deter maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a ações e programas específicos, restringindo o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais. Os gestores das três esferas de governo são responsáveis pela realização de investimentos que, em geral, não têm sido suficientes para a redução das desigualdades em saúde.

Você pode saber mais sobre as políticas de regionalização em curso a partir de dezembro de 2010 e seus instrumentos na página do Ministério da Saúde na Internet: <http://www.saude.gov.br/>.

A regionalização da política de saúde e seus instrumentos

A definição de “região de saúde” aparece pela primeira vez na regulamentação do SUS com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001 e 2002). A regionalização foi definida como a macroestratégia para o aprimoramento da descentralização, contemplando uma lógica de planejamento integrado que compreende as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de “sistemas funcionais de saúde”.

No âmbito do Pacto pela Saúde, a regionalização é concebida como a diretriz que “orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006).

Resgata-se o conteúdo político da regionalização ao se admitir que a organização do sistema de saúde deva levar em conta a diversidade dos elementos que caracterizam e distinguem o território brasileiro e ►

o acordo estabelecido entre os entes federativos na política de saúde. O pacto enfatiza a importância da condução e adaptação estadual da regionalização, restringindo as determinações federais nesse processo, atualiza os instrumentos de planejamento da Noas – Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos em Saúde (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) – e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde.

Em dezembro de 2010, outras diretrizes nacionais foram formuladas de modo a apoiar o processo de configuração de redes regionalizadas de atenção à saúde nos estados brasileiros. A Portaria n. 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010) define as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração. Além disso, estabelece outros elementos constitutivos para o funcionamento das redes.

Mais recentemente, o Decreto Presidencial n. 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080 de 1990 (BRASIL, 2011), dá novo destaque às redes, estabelecendo instrumentos para sua efetivação: o mapa sanitário (que inclui a oferta pública e privada nas regiões), os contratos organizativos de ação pública (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões), os planos de saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e as Comissões Intergestores (instâncias de governança regional das redes, incluindo as Comissões Intergestores Regionais, em substituição aos Colegiados de Gestão Regional propostos no Pacto pela Saúde).

Fonte: Brasil (2001, 2002, 2006, 2010, 2011).

3. Regulação. A responsabilidade de regulação sobre prestadores se desloca cada vez mais para os municípios, enquanto o Ministério da Saúde tem exercido seu poder regulatório principalmente sobre os sistemas estaduais e municipais, por meio de normas e portarias federais, atreladas a mecanismos financeiros.

Aos estados, cabe a coordenação dos processos de regionalização, a regulação e articulação de sistemas municipais, o apoio à articulação intermunicipal, a coordenação da distribuição dos recursos financeiros federais nos municípios, a implantação de estratégias de regulação da atenção, a avaliação do desempenho dos sistemas municipais nos vários campos e o apoio ao fortalecimento institucional dos municípios. Aos municípios, atribuem-se as funções relativas à coordenação do sistema em seu âmbito, como a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento

de fluxos de referência, a integração da rede de serviços, a articulação com outros municípios para referências, a regulação e a avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território. A regulação sanitária continua sendo uma atribuição federal importante, comandada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com atribuições progressivamente assumidas por estados e municípios. A regulação de mercados em saúde representa uma área estratégica de atuação federal, tendo em vista os fortes interesses econômicos envolvidos no setor de saúde.

4. **Prestação de serviços de saúde.** Durante os anos 1990, ocorreu uma progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços para os estados e, principalmente, para os municípios, no âmbito da assistência à saúde, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária. Grande parte dos municípios recebeu unidades de saúde de outras esferas, expandiu o quadro do funcionalismo e a rede de serviços próprios. No entanto, ainda se destaca a importância da prestação de serviços pelo gestor estadual nas regiões Norte e Nordeste do país. Atualmente, o gestor federal é executor direto de serviços em situações excepcionais (hospitais universitários e alguns hospitais federais localizados no município do Rio de Janeiro, em Porto Alegre, Brasília e Belém).

Em síntese, o Ministério da Saúde continuou a ter uma função importante na condução da política nacional de saúde, por meio da indução e regulação de políticas, exercendo seu poder sobre outras esferas de governo, prestadores de serviços e alguns mercados na área. Os municípios ganharam imenso destaque na política de saúde pelo aumento de suas responsabilidades no planejamento, no financiamento, na regulação e na prestação de serviços dessa área no âmbito local. Aos estados, por sua vez, cabe o importante papel de conduzir e coordenar os processos de regionalização da saúde em parceria com os municípios, o que exige uma atuação direcionada dos governos estaduais para a consolidação das redes regionalizadas de atenção à saúde e sua condução político-administrativa nas diferentes regiões do país (LIMA et al., 2010).

O Quadro 1 sistematiza as principais atribuições dos gestores das três esferas de governo, organizadas pelas macrofunções descritas.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços de saúde
Federal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca de equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias e recursos humanos.	• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor de saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimento e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização e elaboração do plano regional. • Estímulo à programação integrada. • Apoio ao incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	• Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca de equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação de desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência. • Estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.

Quadro 1 – Resumo das principais atribuições dos gestores do SUS (cont.)

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços de saúde
Municipal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de serviços privados (caso necessário).	• Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal.	• Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais.	• Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica. • Gerência das unidades de saúde • Contratação, administração de profissionais de saúde.

Referências

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 24, p. 41-67, 2005.

AFFONSO, R.; SILVA, P. L. B. (Org.). *A federação em perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: Edições Fundap, 1995.

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

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

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 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 União*, 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. 1990.

BRASIL. Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 9 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização solidária e cooperativa*. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela saúde, 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso*. Brasília, DF, 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 fev. 2002 e regulamentação complementar.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

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

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L. D'A.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 81-113.

LIJPHART, A. *Modelos de democracia: desempenho e padrões de governo em 36 países*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LIMA, L. D. et al. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. et al. (Org.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-58.

MACHADO, C. V.. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 757-772, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

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.

PIERSON, P.; LEIBFRIED, S. The dynamics of social policy integration. In: LEIBFRIED, S.; PIERSON, P. (Ed.). *European social policy: between fragmentation and integration*. Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1995.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 819-828, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

VIANA, A. L. D'A.; LIMA, L. D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

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.

VIANA, A. L. D'A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.