

O rganização do Sistema Único de Saúde (SUS): características fundamentais

Manoel Henrique Martins

Mestrando em Gestão de Políticas Públicas pela Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)/ Fundação Perseu Abramo (FPA) e Diretor Executivo da Secretária de Finanças da Prefeitura de Paulínia-SP

André Galindo da Costa

Mestre em Ciências pela Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo e assessor da Escola Superior de Gestão e Contas Públicas do Tribunal de Contas do Município de São Paulo

Daniel Tonelo

Mestrando em Políticas Públicas pela Universidade Federal do ABC e professor da ETEC/CEPAM

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está dentre os mais universais e complexos sistemas de oferta de serviços e ações públicas de saúde do mundo. Este artigo tem o objetivo de descrever algumas características importantes de organização do SUS, bem como aspectos relacionados à sua formação histórica. Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi realizada uma investigação bibliográfica, uma análise das normas e leis relacionadas ao SUS.

Palavras-chave: Controle social. Políticas públicas. Saúde pública. Sistema Único de Saúde.

Abstract: The Unified Health System (SUS) is among the most complex and universal public service providers in the world. It is a result of the claims brought by the health reform movement in the 1980s decade. This article aims to describe some of the main features of this health system and its organization, as well as presenting some aspects of its historical formation. This research has been developed through the analysis of the laws and rules related to the SUS.

Keywords: Social control. Public policies. Public health. Unified Health System.

1 Introdução

Resultado da reivindicação de movimentos sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior esforço de organização federativa do Estado brasileiro e um dos maiores sistemas de saúde pública universal do mundo. Objetiva prover atendimento integral à saúde de forma descentralizada, gerenciado com participação da comunidade e financiado por todos os entes federados. Tais características impõem uma prática organizativa extremamente complexa. Este artigo descreve alguns aspectos relevantes do SUS. A organização do SUS envolve o contrato entre os municípios, estados e União para troca e complementação de serviços públicos de saúde. A sua gestão se dá por instâncias colegiadas, com participação de gestores, representantes da comunidade e prestadores de serviço, de nível regional e nacional.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi fruto de um conjunto de reivindicações dos mais diversos movimentos sociais e de diferentes agrupamentos políticos. Recebeu o título informal de “Constituição Cidadã” por dar um passo importante na consolidação de direitos civis, políticos e sociais e por ser um marco da transição entre um regime autoritário para um regime mais democrático. Sobre a saúde pública a Carta Magna tem no seu art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2015).

A CF/88 também estabelece que as ações e serviços de saúde devam ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada, tendo por diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Seu financiamento deve se dar com os orçamentos da:

seguridade social, União, estados e municípios. O financiamento da saúde também admite recursos oriundos de outras fontes.

O objetivo deste trabalho é apresentar alguns aspectos relevantes que caracterizam a organização do SUS. Também busca mostrar fatores históricos que resultaram na sua formação, como a militância do movimento de reforma sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

2 Antecedentes do SUS

Os anos 1980 no Brasil foram marcados por uma profunda crise econômica seguida de profundas dificuldades orçamentárias. Esse período também foi marcado pela abertura política e por uma crise no modelo de saúde pública. Isso motivou a militância de diversos movimentos sociais, comunidades locais e agrupamento de médicos. Esses reivindicavam melhoria na saúde pública, causa que em determinado momento alcançou projeção nacional (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). No final dos anos 1980, também se evidencia uma crise da previdência. Nesse período realiza-se uma forte crítica ao modelo de financiamento da saúde realizado até então. Tal crítica baseava-se em uma suposta priorização de serviços privados com recursos públicos (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1998).

O aumento repentino das taxas de desemprego e de inflação levou também à redução da arrecadação. Tal cenário fez surgir um conjunto de análises sobre o financiamento da saúde. Essas análises geraram diversas críticas à integração da saúde pública com os serviços privados. Diante desse quadro, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) teria reduzido as despesas com contratos privados e aumentado as suas despesas no setor público (Esse contexto fez propagar as manifestações em defesa de um sistema público universal PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os anos 1980 também foram uma época de muita mobilização social. Aconteceu um conjunto de movimentos grevistas de profissionais da saúde. Essas manifestações de insatisfação alcançava certa simpatia popular e pressionava a classe política por mudança. Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reuniu uma gama diversificada de representantes da sociedade e de profissionais da saúde. Essa conferência legitimou alguns dos pressupostos políticos do movimento de reforma sanitária e conferiu os pilares sobre os quais se assentariam o SUS. O SUS efetivamente só veio a se consolidar com a Constituição Federal de 1988 (CF/88) (MARTINS et al., 2008).

3 O SUS e os campos de atenção à saúde

O SUS é definido pela CF/88 como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos, da administração direta e indireta de todos os entes federados, embora a iniciativa privada possa participar de forma complementar. O SUS tem na Lei 8.080/90 a base de sua regulamentação, complementada por dezenas de normativas criadas e modificadas ao longo dos seus anos de existência. A CF/88 determina que o SUS deva ser descentralizado, provendo atendimento integral com prioridade preventiva. Além disso, estabelece que ele deve ser gerenciado com participação da população e financiado mutuamente por todos os entes da federação (MATTOS, 2009).

Embora diversas normas distribuam responsabilidades entre os entes federados, o SUS é uma tentativa justamente de transpor as barreiras federativas de modo a articular os entes. Isso porque a saúde pública não pode se limitar a fronteiras, limites geográficos, sociais, econômicos ou políticos (MATTOS, 2009).

Apesar da imensa complexidade do SUS, é possível afirmar que, conforme os artigos 16 a 18 da Lei 8.080/90: cabe à União a coordenação e definição de diretrizes de saúde. Aos estados cabe

coordenar e executar em caráter complementar do sistema de saúde, gerir sistemas de alta complexidade e descentralizar os serviços de saúde para os municípios. Os estados devem também apoiar tecnicamente e financeiramente os entes municipais. Os municípios devem executar os serviços públicos de saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Em tese, é possível, por exemplo, que a União ou os estados executem serviços elementares, assim como os municípios mantenham hospitais de alta complexidade. A coordenação e o planejamento do SUS devem ser realizados por todos os entes por meio dos comitês intergestores. A execução é prioritariamente executada pelos municípios e tanto a execução quanto o planejamento suplementares ficam a cargo dos estados, mas ao longo de mais de 20 anos de regulamentações, multiplicaram-se as exceções à regra (SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS conta com mais de 293 mil estabelecimentos de saúde em todo o país e executou mais de 321 milhões de procedimentos de saúde somente em julho de 2016. Esses procedimentos podem ir de um simples curativo ou vacinação a um transplante de fígado. Considerando que o Brasil possui pouco mais de 200 milhões de habitantes, pode-se afirmar que o SUS coordenou 1,6 procedimentos de saúde por brasileiro, apenas em julho de 2016 (DATASUS, 2016).

Conforme a Portaria 2.203 de 1996, chamada de Norma Operacional Básica (NOB) 1/96, há três campos de atenção à saúde. O primeiro é o assistencial, ligado ao atendimento individual e coletivo em todas as redes de saúde. O segundo é o campo ambiental, ligado às intervenções sanitárias e por último o campo das políticas externas ao setor da saúde, mas que interferem nos processos de saúde, como habitação, lazer e educação.

Sobre os três grandes campos de atenção à saúde, conforme Ministério da Saúde (1997, p. 7):

a. o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b. o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

c. o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

A NOB 1/96 diferencia a responsabilidade de cada ente. O nível básico de atendimento da saúde pública é responsabilidade majoritária dos municípios e a atenção especializada é responsabilidade dos estados. Cabe à União coordenar todo o processo, estabelecer normativas, padrões, critérios e cofinanciar todo o sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

4 Conferência Nacional de Saúde

A Conferência Nacional de Saúde é uma instância colegiada do SUS. A cada quatro anos, nela se reúnem representantes de diversos setores da sociedade para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas públicas de saúde. A Conferência Nacional de Saúde pode contar com etapas estaduais e municipais, e as conferências estaduais podem contar com etapas municipais.

As conferências nacionais são paritárias entre cidadãos e demais representantes (governo, prestadores de serviços e profissionais da saúde). No caso federal, a Conferência é presidida pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde, mas convocada pelo Presidente da República. A conferência é orientada por um regulamento criado pelo próprio conselho nacional de saúde e aprovada por portaria do Ministério da Saúde.

Nas conferências participam os delegados, que são eleitos diretamente por cada nicho representado (trabalhadores em saúde, usuários do SUS, gestores e prestadores de serviço). Além desses, participam também convidados para acompanhar o evento, coordenar debates e participar de mesas. Por fim, podem participar cidadãos que livremente se cadastram para assistir ou interferir no processo.

O objetivo principal das conferências é avaliar as políticas de saúde e propor políticas e diretrizes de saúde. As avaliações devem orientar a elaboração do Plano Plurianual de Ações (PPA, esfera orçamentária) e os planos de saúde no nível municipal, estadual e nacional. As conferências nacionais de saúde tiveram um papel fundamental na formação e consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil. A 8ª Conferência Nacional da Saúde é considerada um marco da saúde pública no Brasil. Isso porque foi dela que saíram as diretrizes para a formação do SUS.

Conforme Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2009), existiram sete conferências de saúde entre 1941 e 1980. A 1ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1941, se organizou em torno de quatro temas principais, os quais são: organização sanitária estadual e municipal, campanha nacional contra lepra e tuberculose, serviços básicos de saneamento e o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. No ano de 1950, a 2ª Conferência Nacional de Saúde buscou discutir e dar encaminhamento a questões referentes à legislação que trata de higiene e segurança do trabalho.

Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência discutiu a situação sanitária da população brasileira, a municipalização dos serviços de saúde, o plano nacional de saúde e a coordenação de atividades médico-sanitárias em níveis federal, estadual e municipal. A 4ª Conferência Nacional de Saúde se deu no ano de 1967 e tratou sobre os recursos humanos necessários para as atividades de saúde. Em 1975, ocorreu

a 5ª Conferência Nacional de Saúde tendo as seguintes pautas: implementação do sistema nacional de saúde, programa de saúde materno-infantil, sistema nacional de vigilância epidemiológica, programa de controle das grandes endemias e programa de extensão das ações de saúde às populações rurais.

A 6ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu no ano de 1977 e preocupou-se com controle de grandes endemias, operacionalização dos novos diplomas legais básicos, interiorização dos serviços de saúde e as ações de saúde às populações rurais. Em 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde tratou da extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

Em 1986, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde presidida por Sérgio Arouca, médico e líder do movimento de reforma sanitária. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2009, p. 16), essa conferência, em especial, teve uma importância muito significativa já que: “[...] realizada em 1986, já no período da Nova República, marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para reorganização do sistema.” Na ocasião três foram os temas centrais que deram diretriz às discussões: “1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor.” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, p. 17).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi marcada também por uma ampla participação da sociedade civil e de movimentos sociais. Ao todo participaram cerca de 4 mil pessoas, das quais mil eram delegados com direito a voz e voto. O principal resultado da 8ª Conferência foi a diretriz de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) que previsse uma ampla reforma sanitária. A organização dos serviços desse sistema prescindia de: descentralização na gestão dos serviços, integralização das ações, unidade das políticas setoriais, regionalização, hierar-

quização, participação popular, municipalização e práticas alternativas de assistência. Isso influenciou diretamente na criação do SUS por meio da garantia constitucional e das leis orgânicas da saúde: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.

Em 1992, aconteceu a 9ª Conferência Nacional de Saúde tendo como tema central: Municipalização é o caminho. Entre temas importantes de debate nessa conferência estavam o controle social e a implantação do SUS. A 10ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1996 e teve como alguns de seus temas de interesse: gestão e organização de serviços de saúde, controle social, financiamento, recursos humanos, políticas públicas e atenção integral. O tema central da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 2000, foi: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Nessa conferência, além de se discutir o controle social, financiamento e recursos humanos, também se discutiu: qualidade humanização na atenção à saúde e sobre políticas de informação, educação e comunicação.

No ano de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde teve por tema central: Saúde, direitos de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos.

Seus eixos temáticos eram os seguintes:

- 1) Controle social.
- 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil.
- 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.
- 4) Recursos humanos.
- 5) Políticas de informação, educação e comunicação (IEC) no SUS. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, p. 22)

A 13ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano de 2007 teve como tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento. Seus três eixos temáticos foram os seguintes (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, p.22):

- 1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e pa-

drões de desenvolvimento.

2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde.

3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

5 Conselho de saúde, plano de saúde e comissões intergestores

Para além de um sistema federativo de saúde, o SUS também instalou no país uma noção específica de controle social e participação popular. Isso se deu principalmente com os conselhos de saúde instituídos no nível municipal, estadual e federal. Os conselhos são órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde. São compostos por membros da sociedade civil em número paritário à soma dos representantes do governo, profissionais da saúde e prestadores de serviço (COELHO, 2007).

Quanto à participação popular, os conselhos são responsáveis por operar dentro do SUS em dois sentidos principais: o primeiro sentido é o de levar projetos do governo à população, informando sobre como acessam serviços de saúde e conscientizando a população sobre direitos e deveres. Num segundo sentido transmitem sugestões da população ao governo. No entanto, é dentro do âmbito institucional que a força dos conselhos aparece, pois há poder de veto em planos e na prestação de contas das secretarias de saúde. Por exemplo, se um conselho rejeitar o plano apresentado anualmente por uma secretaria de saúde, o governo federal não repassa parte dos recursos para essa mesma secretaria (COELHO, 2007).

Os recursos financeiros do SUS são movimentados sob a fiscalização do conselho de saúde do respectivo ente (art. 33 da Lei 8.080/90). Há também casos de responsabilidades específicas dos conselhos, como, por exemplo, a normatização sobre a dispensa de medicamentos de forma

suplementar. Nesse caso, quando não há protocolo clínico ou uma diretriz terapêutica (art. 19-P, inciso III, da Lei 8.080/90). Em regra, os conselhos são criados por lei do próprio ente federado, porém com base na Lei 8.142/90.

Conforme Martins et al. (2008), a atuação dos conselhos sofre com a indicação de membros para cadeiras de setores que não necessariamente representam os interesses da sociedade. Muitas vezes os representantes dos conselhos são pouco conhecidos pela população. Em outros casos, mesmo que a presença quantitativa de representantes da sociedade seja adequada, não se observa a correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo. Desse modo:

Nota-se que os próprios gestores e membros dos conselhos apresentam um conhecimento insatisfatório sobre o papel e importância do mesmo. Essa realidade tem sido apontada por diversos autores como fator limitante à implantação do princípio da participação social em diversos municípios brasileiros [...] esta situação de desconhecimento de alguns membros tem sido muitas vezes utilizada por alguns gestores e autoridades públicas como pretexto para reforçar a imagem que os representantes dos usuários são técnica e socialmente despreparados para perceberem com clareza a lógica de funcionamento e as necessidades do sistema de saúde. Justificam, assim, a atuação dos gestores no controle das atividades do conselho, como a definição dos membros, a determinação das agendas do conselho, definindo quais assuntos são considerados pertinentes e relevantes, dentre outras. Como consequência, os conselhos acabam sendo interpretados como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, atendendo muito mais a uma formalidade legal do sistema do que propondo formas de alterações nas relações de poder entre sociedade e Estado (MARTINS et al., 2008, p. 113).

Conforme a Lei 8.080/90, é obrigação de cada um dos entes da federação elaborar o seu plano quadrienal de saúde através de suas secretarias de saúde ou do Ministério da Saúde. Cabe

aos gestores elaborarem o plano e aos conselhos de saúde discuti-los e aprová-los. O plano deve conter um diagnóstico da saúde, intenções de políticas públicas, prioridades e metas de forma detalhada. Desse modo, o plano dará origem aos programas e projetos que serão incluídos nas peças orçamentárias do respectivo ente federado.

Até o momento foi descrita brevemente a metodologia de macroplanejamento do SUS: as conferências de saúde definem diretrizes gerais de saúde, os gestores elaboram os planos e os conselhos de saúde fiscalizam a execução de tais planos, esses planos devem ser consolidados em sentido ascendente, do município para a União. Há ainda dois órgãos fundamentais no sistema federativo brasileiro de saúde, que são compostos pelos gestores de saúde que intermedeiam a relação em nível estadual e federal. Esses órgãos são as comissões intergestores bipartite e tripartite.

As comissões intergestores são duas. A comissão intergestores bipartite em nível estadual é integrada pelas secretarias municipais de saúde e pela secretaria estadual de saúde do respectivo estado. Já a comissão intergestores tripartite que é composta pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Nas comissões intergestores acontece a formalização da pactuação de programas e projetos, em termos qualitativos e quantitativos de modo a permitir um planejamento tático. Por exemplo, o estabelecimento de áreas em que hospitais poderão ser definidos como especializados em oncologia ou para atendimento de vítimas de acidentes com fogo. Também definem quais dessas áreas exigem estruturas especializadas de atendimento, ou mesmo atendimento infantil. Em geral, as comissões intergestores decidem os aspectos de articulação do planejamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

6 Pactuação Integrada

Na transição entre o campo estratégico e o campo tático do SUS, insere-se a pactuação integrada. Ela nada mais é que um amplo processo de contratualização no SUS, chamado oficialmente de Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI acontece de forma ascendente, conforme a Portaria MS 1.097/06, estabelecendo objetivos, metas e prioridades do nível municipal para o estadual, e deste para o federal.

Faz-se necessária uma digressão. O que seria contratualização do SUS no Brasil? No SUS, por cultura e costume, a concepção de contratualização é ligada à contratação de serviços de saúde com prestadores da área privada. No entanto, Alcoforado (2005, p. 1), ao se referir ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995 (PDRAE), considera que:

No novo modelo de Estado brasileiro, adotado com a Reforma do Estado, o instrumento mais poderoso para se trabalhar com resultados e modernizar o serviço público é o Contrato, em sentido amplo e estrito. Amplo quando compreende o acordo de vontades dos atores da Administração Pública e das instituições que representam, e estrito no sentido de se fazer os pactos, de se restringir ou focar as atividades das organizações ao previsto e acordado.

O contrato, nessa concepção, pode ser firmado entre instituições de qualquer natureza jurídica para instituir práticas de planejamento, avaliação, execução e monitoramento. Ele é construído por um processo com três etapas: negociação, construção do instrumento e gerenciamento. Seu objetivo principal é focar nos resultados a serem alcançados (ALCOFORADO, 2005).

Outro termo importante a ser definido está na palavra: acoplamento. Muito utilizado em engenharia de software, esse termo parece traduzir o efeito causado pela técnica de con-

tratualização no setor público. Acoplamento na tecnologia da informação é o grau de dependência que um módulo de um sistema tem de outro módulo, considerando que um sistema é composto por dois ou mais módulos com funções diferentes. Mesmo sentido do dicionário Aurélio (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2016): “Junção ou engate de mecanismos para produzir trabalho. União de dois circuitos, com a finalidade de transferir energia de um para outro.”.

Quanto mais acoplados são dois sistemas, maior a probabilidade de um problema em um deles causar um problema no outro. Por exemplo: suponha que um sistema de e-mail seja composto de dois módulos: módulo “enviar” e o “ler”. Se um erro no módulo “ler” causar um travamento no módulo “enviar”, concluir-se-á que o sistema está acoplado. No entanto, se um erro no módulo “ler” não causar problemas no módulo “enviar”, concluir-se-á que o sistema está desacoplado. (ORTIZ et al., 2002)

Para se evitar o acoplamento, criam-se interfaces entre os sistemas, protocolos bastante claros de comunicação entre os diversos módulos que estacam os eventuais problemas, de modo a isolar as responsabilidades de cada módulo. Assim, eventuais problemas permanecem no módulo de origem do problema ou rapidamente são tratados adequadamente pelo segundo módulo, sem causar um problema geral no sistema.

O contrato, o pacto e termos relacionados são, para o contexto de reforma do Estado brasileiro, o desacoplamento de órgãos públicos. O contrato é a interface de comunicação, uma vez que prevê os resultados e metodologia de avaliação. Por exemplo, quando há contratualização de resultados entre um órgão principal e um órgão agente e ao executar os trabalhos o órgão agente tem problemas em suas atividades meio, como licitações atrasadas ou desfalque de pessoas, tais problemas não

deverão impactar nas atividades do órgão principal. Isso porque o objeto contratado são os resultados e não as atividades meio. Tais problemas do órgão agente impactarão nas atividades do órgão principal apenas no caso do contingenciamento desse tipo de problema pelo órgão principal (ALCOFORADO, 2005).

Contratualização, portanto, é termo utilizado neste trabalho de forma mais abrangente que a utilizada pelo próprio SUS. Significa todo processo de formalização de contratos e equivalentes, entre entidades públicas, privadas e do terceiro setor, cujo objetivo seja desacoplar a administração pública.

Estes contratos são os chamados Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde ou os Termos de Compromisso para Garantia de Acesso. Eles são firmados entre os entes federados. Os entes estabelecem metas de atendimento e metas orçamentárias para que uma unidade de saúde (unidade de referência) atenda outra. Há diversas cláusulas e garantias no contrato: regras de repasse financeiro e inclusive definição de comarca para resolução de eventuais conflitos. Esses contratos possuem duração variável (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Por exemplo: na região do município de Campinas, os municípios pactuam com o estado de São Paulo o atendimento de especialidades e diagnósticos que não dispõem em suas redes municipais, direcionando parte destes atendimentos à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que mantém um hospital regional, com diversos equipamentos avançados de diagnósticos e profissionais altamente especializados. Essa estrutura é mantida e administrada pelo governo do estado de São Paulo. Conforme interpretação do art. 3º, § 1º, da Portaria MS 1.097/06, a Prefeitura de Campinas pode pactuar com seus municípios vizinhos, como Paulínia, por exemplo, a utilização de leitos no hospital municipal de Paulínia. (MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2006)

Conforme o art. 3º, inciso VI, da MS 1.097/06, são estabelecidas as redes de atenção ou redes de especialidades. Pode-se criar uma rede especializada em cardiologia numa região específica, entre municípios que contam com médicos generalistas em sua rede básica equipamentos de diagnóstico no hospital da cidade vizinha, custeados por um consórcio municipal e médicos cirurgiões que recebem pela folha de pagamento da secretaria de saúde do estado. Em síntese, é possível que se construam redes de saúde com profissionais de quaisquer entes federados, redes de tamanhos variados e ampliáveis, vivas e orgânicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Em geral, a pactuação obedece as seguintes etapas:

- 1 - Etapa Preliminar de Programação
- 2 - Programação Municipal
- 3 - Pactuação Regional
- 4 - Consolidação da PPI Estadual

No momento da pactuação integrada, os recursos financeiros começam a ser direcionados de forma específica para cada ente federado. A partir da consolidação das metas e prioridades no nível federal, depois da elaboração dos planos municipais e estaduais e as respectivas conferências de saúde, inicia-se o movimento contrário. Esse fluxo vai do âmbito federal para o estadual e municipal, estabelecendo-se limites para repasses financeiros (tetos) e provisionando-se recursos, todos pactuados nas comissões intergestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, e a definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro

por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

7 Considerações finais

Este trabalho buscou realizar uma análise de natureza exploratória sobre o SUS. Foi possível realizar o levantamento de um conjunto de definições sobre conceitos relevantes no contexto do SUS. Também permitiu a compreensão da importância que a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federal de 1988 teve sobre o seu surgimento. Com essa pesquisa surgiu um conjunto de inquietações e reflexões sobre a forma de organização e a própria formação do SUS.

O SUS é resultado direto do cenário e dos atores sociais presentes na dinâmica política dos anos 1980. Acontecimentos como a crise econômica e da previdência, redemocratização, assembleia constituinte, movimento de reforma sanitária e a 8ª Conferência Nacional de saúde geraram uma forte influência na constituição de um sistema de saúde público e universal. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em especial, teve um papel fundamental para a formação do SUS. Nela fez-se representar diversos segmentos da sociedade que reivindicavam por uma nova política de saúde pública.

Chama a atenção que a 8ª Conferência tenha sido um divisor de águas. As conferências anteriores a ela tiveram temáticas de natureza mais técnica, administrativa e de combate a epidemias. As conferências que ocorreram após a 8ª conferência mostram-se com uma preocupação muito acentuada em dar operacionalidade às diretrizes e aos princípios do SUS e em estimular a participação e o controle social.

As chamadas leis orgânicas da saúde foram fundamentais para a consolidação do SUS.

Elas deram maior funcionalidade ao sistema, gerando efeitos concretos e completando lacunas deixadas pela Constituição. As leis orgânicas da saúde são: a Lei 8.080/90 e 8.142/90.

Os conselhos são até o momento as mais importantes instâncias de participação e de controle social dos usuários do SUS. No entanto sua atuação necessita de um olhar crítico. No momento, são várias as análises que apontam limitações à representação dos conselhos de saúde e de como algumas práticas não permitem que ela cumpra com as suas atribuições de origem. As limitações identificadas nos conselhos contrapõem-se às importantes atribuições que eles têm. Cabe destacar, por exemplo, que compete aos conselhos a aprovação dos planos quadrienais de saúde.

As comissões intergestores bipartite e tripartite apresentam um papel fundamental na gestão do SUS, já que é nelas que são realizadas a pactuação de projetos e programas de saúde entre os diferentes entes federativos. Outro elemento importante para compreender o SUS é o processo de pactuação, já que esse define atribuições e repasses financeiros.

Referências

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e rede na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v. 39, p. 28 -38, dez. 2015.

ALCOFARADO, Flavio Carneiro Guedes. Contratação e eficiência no setor público: as organizações sociais. In: **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Santiago, Chile. Anais do X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Caracas: CLAD, p. 1-15, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. **Lei 8.080/90**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 6 dez. 2016.

_____. **Lei 8.142/90**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 6 dez. 2016.

COELHO, Vera Schattan. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos – CEBRAP**. São Paulo. n. 78, p. 77-92, jul. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília: CONASS, 2009.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>> Acesso em: 30 ago. 2016.

MARTINS, Poliana Cardoso et al.. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATTOS, Ruben Araujo. Princípios do sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006/Portaria MS 1.097/2006**. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2013/PT_MS_N_1097_22.05.2006.pdf> Acesso em: 15 nov. 2016.

OLIVEIRA, Jaime de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Planejamento e gestão em saúde**. Petrópolis: Vozes, 1998.

ORTIZ, Jorge Luis Roel et al.. Acoplamento de conversores estáticos com malha de controle e dispositivos eletromagnéticos não-lineares. **Sba Controle & Automação**. Campinas. v. 13, n.1, jan./abr. 2002.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro. v. 21, n.1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Dicionário Aurélio**. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/dicionario/home.asp>> Acesso em: 12 set. 2016.