

**SUBCOMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A TRATAR DO  
FINANCIAMENTO, REESTRUTURAÇÃO DA  
ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

# **RELATÓRIO**

Relator: Deputado ROGÉRIO CARVALHO

**OUTUBRO / 2011**



277F6C0F34

## SUMÁRIO

I - CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA SUBCOMISSÃO .....	5
II - LISTA DE REUNIÕES INTERNAS DA SUBCOMISSÃO .....	9
III - LISTA DE REUNIÕES EXTERNAS DA SUBCOMISSÃO .....	11
IV - LISTA DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PELA SUBCOMISSÃO .....	12
V - INTRODUÇÃO.....	17
VI – COMPARAÇÃO DE CASOS SELECIONADOS .....	18
6.1 Inglaterra.....	18
6.2 França.....	20
6.3 Espanha.....	22
6.4 Brasil.....	23
6.5 Análise Comparativa.....	24
VII – PROPOSTAS E TESES DA SUBCOMISSÃO .....	33
7.1 Organizando o Acúmulo de Conhecimento Histórico e Respeitando o que de Positivo está Posto. ....	33
7.2 O SUS que se quer é o SUS constitucional.....	38
7.2.1 A Base para a Reforma do SUS Constitucional: a integralidade e a universalidade.....	42
7.2.1.1 A integralidade .....	42
7.2.1.2 O padrão de integralidade .....	44
7.2.1.3 O ressarcimento presumido.....	46
7.2.1.4 A definição da integralidade, alterações e regras de construção do padrão de integralidade .....	49
7.2.2 Da universalidade .....	52
7.2.2.1 Da universalidade de acesso.....	54
7.2.2.2 Do ressarcimento presumido .....	56
7.2.2.3 Do conceito de população referenciada para fins de uso do conceito de território quando do planejamento sanitário.....	56
7.3 Reforma do SUS Constitucional: Sistema de Governança Intergovernamental.....	60
7.3.1 Federalismo, governança, cooperação e coordenação intergovernamental .....	60
7.3.2 Retrospectiva do quadro institucional da cooperação e coordenação intergovernamental do SUS.....	66
7.3.3 Da proposta de gestão intergovernamental do SUS.....	74



277F6C0F34

7.3.3.1	Esclarecimentos iniciais.....	74
7.3.3.2	Dos conselhos de gestão do SUS .....	75
7.3.4	Da comissão de incorporação de tecnologias e insumos .....	80
7.3.5	Comissão de interlocução e apoio ao sistema judicial.....	81
7.4	A Reforma do SUS Constitucional: Reestruturação da Organização e do Funcionamento do SUS.....	86
7.4.1	Planejamento de ações e serviços de saúde.....	86
7.4.2	Diretrizes para a descentralização.....	88
7.4.3	Mapa sanitário .....	91
7.4.4	Da responsabilidade sanitária.....	93
7.4.5	Do controle de ação pública .....	96
7.4.6	Do sistema de controle e de responsabilização.....	98
7.4.6.1	Accountability e responsabilização por desempenho .....	98
7.4.6.2	Do relatório de gestão e do controle social.....	100
7.4.6.3	Do sistema nacional de avaliação e monitoramento.....	102
7.4.7	Do Selo Vida e do indicador de garantia de acesso .....	105
7.5	A Reforma do SUS Constitucional: Redes Assistenciais e Sistemas de Acesso.....	106
7.5.1	Modelo em rede de prestação dos serviços de saúde.....	106
7.5.2	Da organização em rede do SUS: a construção de uma rede intrafederativa de ações e serviços de saúde.....	114
7.5.3	Da garantia de acesso .....	116
7.5.4	A construção de um sistema nacional de garantia de acesso .....	119
7.5.5	Da estrutura organizacional do Sistema Nacional de garantia de acesso .....	121
7.5.6	Da igualdade e equidade do acesso.....	125
7.6	A Reforma do SUS Constitucional: Modelos Gerenciais .....	129
7.6.1	Comparativos entre modelos de gestão .....	131
7.6.1.1	Fundações de apoio .....	133
7.6.1.2	Empresa estatal.....	133
7.6.1.3	Organizações Sociais .....	135
7.6.1.4	Fundação estatal .....	139
7.6.1.5	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.....	142
7.6.2	As novas modalidades de gestão e a contraposição .....	144
7.7	A Reforma do SUS Constitucional: Financiamento e Fontes de Recursos.....	149
7.7.1	Retrospectiva do quadro institucional de financiamento da saúde após Constituição de 1988.....	149
7.7.2	Recursos necessários e fontes estáveis para a saúde .....	163
7.7.3	Gasto em saúde é parte do projeto de desenvolvimento.....	168
7.8	A Reforma do SUS Constitucional: Profissionais e Recursos Humanos. .	173
7.8.1	Dilemas e desafios.....	173
7.8.2	Avançando no debate .....	187
VIII	– RECOMENDAÇÕES.....	195
APÊNDICES	.....	213
A)	Aspectos históricos do SUS .....	213



B) O Direito à Saúde e normas do SUS.....	220
C) Gestão do SUS: estratégias e políticas.....	234
D) Financiamento do SUS .....	244
E) Reunião sobre organização e funcionamento do SUS (19/05/11) .....	262
F) Reunião sobre redes assistenciais e sistemas de acesso (16/05/11) .....	272
G) Reunião sobre sistema de governança intergovernamental e modelo de acordo entre Entes (30/05/11) .....	288
H) Reunião sobre recursos humanos (16/06/11) .....	308
I) Reunião sobre modelos gerenciais (11/07/11) .....	326
J) Reunião sobre Financiamento, fontes de recursos para o SUS, Emenda 29 e controle social (23/08/11).....	351
L) Projeto de Lei sobre a integralidade e a universalidade .....	353
M) Indica a criação dos conselhos de Gestão e Comissões.....	358
N) Indica a programação de ações e serviços de saúde, diretrizes para a descentralização e o mapa sanitário .....	362
O) Indica a criação do Sistema de Garantia de Acesso e do Selo Vida .....	367
P) Requer a criação de Subcomissão Especial destinada a tratar da Ordenação da Formação de Recursos Humanos e da Educação Permanente na Área da Saúde .....	372
Q) Projeto de Lei que dispõe sobre o ressarcimento presumido ao SUS.....	375
R) Projeto de Lei para estabelecer ressarcimento por procedimento .....	377
S) Solicita trabalhos à Consultoria Legislativa .....	378
T) Projeto de Lei que altera o rateio de recursos do SUS.....	381
Referências.....	382



## **I - CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA SUBCOMISSÃO**

Esta subcomissão teve origem no seguinte Requerimento do Deputado Rogério Carvalho:

### **REQUERIMENTO Nº 15/2011 CSSF (Do Sr. ROGÉRIO CARVALHO)**

Requer a criação de Subcomissão Especial destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, com a Regulamentação da Emenda 29.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do artigo nº 29, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a criação de Subcomissão Especial, destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, com a Regulamentação da Emenda 29, inclusive, destinada a acompanhar, avaliar e sugerir alterações às políticas e ao setor Saúde.

### **JUSTIFICACÃO**

Um dos pontos centrais do debate sobre a reestruturação do SUS diz respeito ao modelo adotado. Veja-se como exemplo a forma de gestão do atual modelo de atenção, que alimenta a demanda pelos procedimentos especializados e de alto custo, e não fortalece a rede estatal do SUS, de modo a diminuir sobremaneira a dependência do setor privado contratado, eixos vitais onde as corporações e grupos econômicos organizados se alimentam e se



277F6C0F34

fortalecem.

Por sua vez, questiona-se que é de fundamental importância a modificação da forma verticalizada e de pagamentos por procedimentos, inclusive, passando-se a definir a proposta orçamentária de acordo com as necessidades de cada local, pactuando-se metas a serem atingidas e definindo os correspondentes e permanentes processos de acompanhamento e avaliação.

Vale destacar que segundo dados da Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil – ANFIP, as despesas do Ministério da Saúde, entre 2005 a 2009, importaram em um aumento significativo de 16% dos valores nominais alocados e, mesmo em termos do PIB, os valores cresceram de 1,67% para 1,85%. Mesmo considerando esse aumento, o Brasil ainda gasta muito pouco em saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sistemas de cobertura universal, como o brasileiro, demandam 6,5% do PIB. Mas somando-se os gastos das três esferas de governo, chega-se a 3,7%, um valor pouco superior à metade do necessário.

Considerando os países da América, segundo a Organização Pan Americana de Saúde, os gastos públicos realizados no Brasil (3,6% em 2006) estão abaixo das despesas públicas em Cuba (10%), EUA (7,8%), Canadá (7,5%), México (4,9%), Argentina (4,6%), Chile (4,0), Uruguai (9,0%), de modo que é preciso uma postura positiva do nosso Parlamento, criando condições efetivas para que os governos da União, dos Estados e dos Municípios possam assegurar a eficiência e a eficácia da cobertura universal do SUS.

Portanto, é preciso conceber um debate onde o objetivo seja o fortalecimento do Sistema, daí a oportunidade de que essa Comissão possa criar uma Subcomissão, justamente, com a finalidade de discutir, avaliar, propor e sugerir ao Poder Executivo, medidas e modelo que transformem o SUS, perpassando por audiências públicas e espaço para que a sociedade possa participar e influir nas decisões.

Ademais, é premente discutirmos o processo de financiamento do setor Saúde, inclusive, debatendo a regulamentação da Emenda Constitucional 29, pois os graves problemas que a sociedade enfrenta junto à saúde pública não se resolverão exclusivamente melhorando a gestão do sistema, muito embora a gestão também seja item importante, como já



277F6C0F34

acentuado.

Sala das Sessões, em 22 de março de 2011.

Deputado ROGÉRIO CARVALHO  
(PT-SE)



277F6C0F34

**COMPOSIÇÃO DA SUBCOMISSÃO ESPECIAL  
DESTINADA A TRATAR DO FINANCIAMENTO, REESTRUTURAÇÃO DA  
ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

**Presidente:** Deputado João Ananias (PCdoB/CE)

**Vice-Presidente:** Deputada Célia Rocha (PTB/AL)

**Relator:** Deputado Rogério Carvalho (PT/SE)

**Nº de Membros:** 6 (seis)

**Criada em:** 23/03/2011:

**Constituída em:** 13/04/2011

**Instalada em:** 13/04/2011

**Prazo:** 180 dias (90 dias iniciais adicionados de período de prorrogação).

<b>TITULARES</b>	<b>Gab.</b>	<b>SUPLENTES</b>	<b>Gab.</b>
Célia Rocha – PTB/AL	301-IV	Amauri Teixeira – PT/BA	237-IV
Chico D'Angelo – PT/RJ	232-IV	Darcísio Perondi – PMDB/RS	518-IV
Eleuses Paiva – DEM-SP	935-IV	Osmar Terra – PMDB/RS	927-IV
João Ananias – PCdoB/CE	303-IV	Padre João – PT/MG	743-IV
Marcus Pestana – PSDB/MG	715-IV	Raimundão – PMDB/CE	318-IV
Rogério Carvalho – PT/SE	301-IV	Ságuas Moraes – PT/MT	276-III

**Secretária:** Patrícia Silveira Cavalcante

**Local:** Anexo II Pavimento Superior Ala A Sala 145

**Fone:** 3216-6785 / 6788

**Fax:** 3216-6790

**Assessoria técnica na elaboração do relatório:** Hélio Rodrigues (gabinete do Deputado Rogério Carvalho) e Fábio Gomes (Consultoria Legislativa da Câmara).

**Comunidade virtual da subcomissão no projeto e-Democracia:**

<http://edemocracia.camara.gov.br/web/sus>.



277F6C0F34



## II - LISTA DE REUNIÕES INTERNAS DA SUBCOMISSÃO

- Em 14/04/11, foram definidos os membros que ocupariam os cargos de direção dos trabalhos e aprovado o plano de trabalho;

- Em 28/04/11, foram detalhadas as atividades do plano de trabalho;

- Em 12/05/11, foram aprovadas providências administrativas, inclusive a utilização do portal e-Democracia como “maneira de ouvir e convocar participação dos usuários do SUS,” além de facilitar a interação com as redes sociais e instituições governamentais e da sociedade organizada;

- Em 16/05/11, foi debatido o tema: “Redes Assistenciais e Sistema de Garantia de Acesso,” com os convidados: Leda Lúcia Couto de Vasconcelos (Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS), Maria José Evangelista (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS) e Nilo Bretas Júnior (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS);

- Em 19/05/11, foi debatido o tema: “Organização e Funcionamento do SUS,” com os convidados: Luís Carlos Bolzan (diretor do Departamento de Ouvidoria do Ministério da Saúde), Mônica Sampaio (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS), Adelina Maria Melo Feijão (Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS/MS) e Josimar Barros Carneiro (DENASUS/MS);

- Em 30/05/11, foi debatido o tema: “Sistema de Governança Intergovernamental e Modelo de Acordo entre Entes,” contando com representantes de: Isabel Maria Salustiano Arruda Porto - Promotora de Justiça de Defesa da Saúde do Ceará - Ministério Público; Lourdes Lemos Almeida - Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Alexandre Kalil Pires - Diretor do Departamento de Articulação e Inovação Institucional da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Valéria Alpino Bigonha Salgado - Diretora Substituta do Departamento de Articulação e Inovação Institucional da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Mônica Sampaio de Carvalho - Coordenadora-Geral de Contratualização Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP; Luís Carlos Bolzan - Diretor do Departamento



277F6C0F34

de Ouvidoria-Geral do SUS; e Maria Roseli de Almeida Pery – Promotora de Justiça, do Ministério Público do Tocantins.

- Em 16/06/11 foram realizadas duas reuniões (nos períodos da manhã e da tarde), contando com a presença de entidades de representação de profissionais da saúde, para debater o tema “Recursos Humanos no SUS.” No período da manhã participaram: Jadete Lampert – presidente da Associação Brasileira de Educação Médica; Aloisio Tibiriçá Miranda – vice-presidente do Conselho Federal de Medicina; e Jeanne Lilian Marlene Michel – coordenadora-geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação. No período da tarde participaram: Marcos Luiz Macedo - Conselho Federal de Odontologia; Manoel Nery - Conselho Federal de Enfermagem; Margarida Maria - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Seguridade Social; Shirley Morales - Federação Nacional dos Enfermeiros.

- Em 11/07/11 foi debatido o modelo de gestão do SUS. Contou com a presença de: Wladimir Taborda – representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Emanuel Messias Barbosa Moura Jr. – Fundação Hospitalar de Sergipe; Valéria Salgado - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; e Lenir Santos - curso de especialização em direito sanitário da Unicamp. A reunião foi transmitida ao vivo pela comunidade virtual do e-Democracia, permitindo envio de perguntas pelos internautas durante a reunião.

- Em 23/08/11 foi debatido o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e proposta para o financiamento do setor saúde, com a presença de: Eli lola Gurgel de Andrade - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; e Fernando Luiz Eliotério, Pedro Tourinho de Siqueira, Silvio Roberto Leal da Silva, Alcides dos Santos Ribeiro - representantes da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN-CNS).



277F6C0F34

### III - LISTA DE REUNIÕES EXTERNAS DA SUBCOMISSÃO

- Entre 12 e 14 de maio de 2011, o Relator da Subcomissão integrou comitiva oficial do Ministério da Saúde, que visitou a Espanha, onde ocorreram reuniões com autoridades da saúde em Madri e Barcelona e visita a serviços de saúde do Consórcio Sanitário de Terrassa;

- Em 27 de maio de 2011, membros da Subcomissão visitaram o Estado do Ceará para reunião com autoridades da saúde daquele Estado e, particularmente, para conhecer a experiência com os consórcios municipais de saúde;

- Em 13 de junho de 2011, membros da Subcomissão visitaram o Estado de Sergipe para conhecer o modelo de organização sistêmica do SUS implantado naquele Estado. Foram visitadas clínicas de Saúde da Família e outros serviços de saúde de seis municípios;

- Entre 5 e 9 de setembro de 2011, o Relator, o Presidente e o consultor legislativo integraram missão oficial da Câmara dos Deputados à Inglaterra e à França, para participar de reuniões com autoridades do setor saúde desses países, com apoio do Itamaraty. Em Londres a seguinte agenda foi cumprida: reunião no Departamento de Saúde (NHS) com Nick Tomlinson, vice-diretor de assuntos Europeus e Globais; encontro com o Lord Crisp (ex-dirigente do NHS) na "House of Lords", em Westminster; visita ao Serviço de Ambulância de Londres; reunião no "Care Quality Commission", com Alan Rosenbach; reunião no "Monitor" com Sue Neeson, diretora de assuntos públicos e de comunicação; reunião no Departamento de Saúde com Patricia Hamilton, diretora de educação da Medicina, Steve Buggle, diretor operacional, Adeeb Azam, gerente de performance financeira, e Jane Pawson, Equipe de Saúde Global. Em Paris a missão participou de reuniões com diretores da "Caixa Nacional de Assistência a Saúde" (Caisse nationale d'assurance maladie - CNAMTS) – G. Bacq e equipe - e com diretores do Hospital George Pompidou – M. Guilleminot e T. Dart - e da Divisão Geral de Atendimento (Direction générale de l'offre de soins) do Ministério da Saúde francês – S. Manton.



277F6C0F34

#### IV - LISTA DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PELA SUBCOMISSÃO

- Ofício 1232/2011-GS/SES da Secretaria de Estado de Sergipe, data de 05 de maio de 2011, encaminhando a legislação da Reforma Sanitária e Gerencial do Estado de Sergipe, composta da seguinte legislação:

a) Lei nº 6345, de 02 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE, e dá outras providências;

b) Decreto 25.462 de 31 de julho de 2008, que “regulamenta o disposto no art. 34 da Lei nº 6.345, de 02 de janeiro de 2008, que trata do Colegiado Interfederativo Estadual – CIE e dos Colegiados Interfederativos Regionais – CIR, e dá outras providências;

c) Lei nº 6.300, de 19 de dezembro de 2007, que cria o Conselho estadual de Saúde – CES, e dá outras providências.

d) Lei nº 6.303, de 19 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o Fundo Estadual de Saúde – FES, revoga a Lei nº 3.525, de 27 de setembro de 1994, e dá outras providências.

e) Lei nº 6340, 02 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a extinção da Fundação Estadual de Administração de Serviços de Saúde Médico-Hospitalar de Sergipe – FAZ-SAÚDE/SE, e dá outras providências.

f) Lei nº 6.341, 02 de janeiro de 2008, que dispõe sobre o Contrato Estatal de Serviços, e dá outras providências.

g) Lei nº 6.299, de 19 de dezembro de 2007, que institui o Programa Estadual de Parcerias Público-Privadas de Sergipe PROPPSE, e dá outras providências correlatas.

h) Decreto nº 25.891, de 07 de janeiro de 2009, que regulamenta o Sistema Estadual de Auditoria, em seu componente Estadual, nos termos do art. 92 da Lei 6.345, de 02 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE, e dá outras providências.

i) Decreto nº 25.889, 07 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso, e dá outras providências.



277F6C0F34

j) Portaria nº 157, de 26 de maio de 2008, que institui a Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica de Serviços e Insumos para ações e diagnose, medicamentos e terapêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado – CTIT

- livro da tese de doutoramento: SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde Todo Dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

- Documentos entregues pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, “SUS: promotor da inclusão social”, “Carta de Brasília: manifesto das categorias profissionais de saúde da CNTSS/CUT em apoio à regulamentação da jornada de trabalho para 30 horas semanais”, Nota técnica 33 de setembro de 2006;

- Documento entregue por Aloisio Tibiriçá Miranda do Conselho Federal de Medicina:

a) “Discussão: Profissionais e Recursos Humanos no SUS”;

b) “Documento interno da Comissão para criação de carreira especial no SUS (proposta de projeto)”;

- Documento “A enfermagem e os desafios para a saúde no Brasil, propostas para o período 2011-2015, de Jorge Lorenzetti / UFSC;

- Boletim “O trabalho na saúde – 1998 – 2008”, do DIEESE.

- Ofício do Conselho Nacional de Saúde, contendo “encaminhamentos do Seminário Nacional sobre modalidades de gestão no SUS – anos 2007 e 2008”, “relatório anual de gestão /RAG – anos 2008 e 2009, com parecer”; e ação civil pública com pedido de antecipação de Tutela;

- Aviso 864 do TCU, de 22 de junho de 2011, com cópia do Acórdão do processo TC 011.766/2011-5, acompanhado de relatório voto e cópia de deliberações listadas no item 80 do relatório;

- Slides da sra. Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos, do Ministério da Saúde, sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS);

- Ofício nº 145/2011/ASPAR-GM-MP referente a Nota Técnica 23/DESOC/SOF/MP do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;

- Documento entregue por Wladimir Tabora:



277F6C0F34

a) “O modelo de governança das organizações sociais de saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente”;

b) “Organizações sociais de saúde no estado de São Paulo: fundamentos e resultados”;

c) Relatório nº 35691-BR do Banco Mundial, sob o título “Brasil: melhorando o desempenho do setor saúde – lições das inovações do estado de São Paulo e da cidade de Curitiba”;

- Ofício nº 18.678/2011/GM/GCU-PR, da Controladoria Geral da União enviando mídia eletrônica contendo os resultados dos seguintes trabalhos:

a) Operações Especiais

Fiscalização realizada no Município de Águas Belas-PE

Fiscalização realizada no Município de Itaíba-PE;

Operação Borduna;

Operação Confraria;

Operação Covil;

Operação Fumaça;

Operação Gárgula;

Operação Hygeia;

Operação Jaleco branco;

Operação Metástase;

Operação Nêmesis;

Operação no município de Coari-AM;

Operação no município de Jacaraú-PB;

Operação Parceria;

Operação Vassoura de bruxa.

b) Auditoria de avaliação de gestão (3 últimos exercícios) realizadas na Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde – FNS e na Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;



277F6C0F34

c) Estudos sobre repasses de recursos na modalidade fundo a fundo, resultado do Grupo de Trabalho que tratou sobre os recursos federais transferidos no âmbito do Ministério da Saúde, consubstanciado na Nota Técnica nº 163/DS/SFC/CGU-PR, de 9.7.2009;

d) Programa de fiscalização a partir de sorteios públicos de unidades municipais (3 últimos exercícios), 20<sup>a</sup> a 33<sup>a</sup> etapas, contemplando os principais Programas Governamentais da área de saúde;

e) Sorteio especial (E01 e E02) de unidades municipais beneficiadas por recursos do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC;

f) Programa de fiscalização a partir de sorteios públicos de unidades estaduais (3 últimos exercícios), 1<sup>o</sup> etapa contemplando os estados do Amazonas, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Santa Catarina e 7<sup>o</sup> etapa contemplando os estados do Acre, Bahia, Mato Grosso, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo, tendo como escopo os principais programas da área de saúde; e

g) Fiscalizações realizadas (3 últimos exercícios) para apuração de denúncias e atendimento de diligências/representações, advindas de cidadãos, Ministério Público, Polícia Federal, TCU, Poder Judiciário, Congresso Nacional e outras entidades.

- Livro “Sistema Nacional de Salud”, España 2010;

- Livro “Cartera de servicios comunes Del sistema nacional Del sistema de salud y procedimiento para su actualización, textos legales, 2009”;

- Livro “Organizaciones sanitárias integradas: um estúdio de casos, 2009”;

- Slides “sistema nacional de salud de España 2011, apresentação de Angel Luis Guirao García, Subdirector General de Alta Inspección y Cartera de Servicios”;

- Slides “Del modelo catalán de salud al sistema sanitário Catalán” e “La contratación de servicios sanitários, ambos do Generalitat de Catalunya – Departament de Salut”;

- Folheto informativo “Briefing for commissioners – regulating NHS foundation trusts”;

- Folheto informativo “Care Quality Commission”;



277F6C0F34

- a) about the Care Quality Commission;
- b) what standards to expect from the regulation of your NHS hospital;
- c) what standards to expect from the regulation of agencies that provide care in your own home;
- d) essential standards of quality and safety
  - Slides do Independent regulator of NHS Foudation Trusts (Monitor): “An introductions to Monitor and NHS foundation trusts”.
  - Folheto informativo “Caisse Nationale”: “the general health insurance scheme”.
  - Slides Caisse Nationale: “nouvelle convention médicale: le dispositive de rémunération à La performance” e “capi”.
  - Folheto informativo: “Hôpital européen Gerges-Pompidou”, Hôpitaux de Paris.
  - Nota Técnica nº 10, de 2011, da Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados, “A Saúde no Brasil”;
  - Estudos da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados elaborados em 2011, “Marco Legal do Sistema Único de Saúde” e “Regulamentação da Emenda Constitucional 29”.



277F6C0F34



## V - INTRODUÇÃO

Diante da necessidade de reflexão sobre a situação atual da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS e de propor ações para o seu fortalecimento, esta Subcomissão coletou extensa quantidade de informações, a partir: a) de reuniões internas, que contaram com a presença de convidados (a seção III lista as reuniões e a seção de Apêndices contém a memória a respeito dos debates e contribuições dos convidados, que ajudaram a construir a reflexão e as sugestões desse relatório); b) de visitas para observação e debate de casos exitosos de gestão na saúde no Brasil (Ceará e Sergipe) e no exterior (Espanha, Inglaterra e França); c) da análise de documentos recebidos pela Subcomissão (listados na seção IV).

Para facilitar a apresentação dessas informações optou-se por uma análise sistêmica do SUS, iniciando por uma comparação com outros sistemas universais de saúde, para, então, aprofundar a reflexão sobre o nosso sistema. Foram selecionados países, cujos destacados desempenhos podem oferecer ensinamentos úteis para a superação dos problemas observados no Brasil.

Inicialmente, o relatório destaca informações sobre os sistemas de saúde selecionados, apresenta as categorias consideradas relevantes para a análise e, então, as aplica aos sistemas de saúde (seção VI). A partir dessa abordagem comparativa, são apresentadas considerações mais aprofundadas e conclusões sobre o SUS (seção VII). Finalmente, são detalhadas as recomendações da Subcomissão na forma de proposições legislativas e também de sugestões para várias instituições pertinentes (seção VIII).



277F6C0F34

## VI – COMPARAÇÃO DE CASOS SELECIONADOS

Foram selecionados os sistemas universais de saúde da Inglaterra, França, Espanha e Brasil. Segue-se uma breve descrição individual desses sistemas, precedendo a análise conjunta por meio de categorias específicas.

### 6.1 Inglaterra

O sistema público de atenção à saúde é gratuito no ponto de atendimento, sendo custeado pelos impostos gerais. O setor privado é consideravelmente menor que o público. Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou o sistema do Reino Unido como o 15º melhor da Europa e o 18º do mundo. O gasto com saúde representa 8,5% do PIB. A maior parte da atenção à saúde na Inglaterra é provida pelo *National Health Service* (NHS), órgão público, criado em 1948, para prover serviços de qualidade disponíveis a todos os cidadãos, gratuitamente e com base em necessidades clínicas.

O NHS é o quarto maior empregador do mundo (mais de 1,5 milhões de empregados), lida com um milhão de pacientes a cada 36 horas, possui mais de 10 mil médicos generalistas, cada um atendendo a uma média de 140 pacientes por semana, e responde pela maior parte do orçamento do Departamento de Saúde (atualmente cerca de 100 bilhões de Libras).

A provisão dos serviços de saúde é gerenciada por dez *Strategic Health Authorities* – SHA - (introduzidas em 1973), que coordenam fundações locais do tipo “*trust*” e outros órgãos (*acute trusts, foundation trusts Primary Care Trusts* – PCT -, *ambulance trusts, care trusts, mental health trusts*).

Serviços sociais são uma responsabilidade compartilhada entre o NHS local e os governos locais, sob a orientação do Departamento de Saúde.

Os dois tipos principais de “*trusts*” no NHS, refletem os papéis de comprador e de provedor de serviços. São eles: os *commissioning trusts*, como os *primary care trusts* – PCT - (que examinam necessidades locais e negociam com os provedores, os quais podem ser entidades públicas ou privadas) e os *provider trusts*, que são órgãos do NHS, que oferecem serviços (por exemplo: *hospital trusts* e *ambulance trusts*).



277F6C0F34

Os serviços que são comissionados incluem os de médicos generalistas (a maioria deles são autônomos, trabalhando sob contrato exclusivo com o NHS), enfermagem comunitária, clínicas locais e serviços de saúde mental.

A maioria dos serviços oferecidos são de atenção primária à saúde. Cerca de 80% do orçamento do NHS vão diretamente para os 152 PCT; sendo que do total do orçamento do NHS, 60% são gastos com salários, 20% com medicamentos e 20% com equipamentos, instalações e capacitações.

Os *Foundation trusts* foram introduzidos em 2004, agora existem mais de 100. São órgãos de interesse público, que possuem mais liberdade financeira que outros tipos de trust, são gerenciados por gerentes locais, profissionais e membros do público e são regulados por um órgão chamado Monitor. Este foi criado pelo *National Health Service Act 2006* e responde diretamente ao Parlamento. Entre as funções do Monitor está a verificação sobre: se uma fundação está pronta para se tornar um NHS *foundation trust*, se estão bem conduzidas e se estão financeiramente saudáveis. Também promove o desenvolvimento institucional das *trusts*. O Monitor possui poderes formais para interferir na gerência das *trusts*, caso estes não solucionem os problemas previamente detectados.

Existem 290 *Acute trusts*, que gerenciam hospitais e decidem sobre estratégia, empregam a maior parte dos servidores do NHS e podem ser de abrangência nacional, regional ou local. Há 12 *ambulance trusts*. Os *care trusts* são poucos em número, mas estão crescendo. São locais que oferecem serviços compartilhados.

A Constituição do NHS inclui direitos e deveres de pacientes e profissionais, muitos deles exigidos por lei. O sistema possui amplo apoio popular, cerca de 90%, segundo pesquisa realizada em 2004. Contudo, apenas 67% da amostra concordou que o NHS local presta um bom serviço ao entrevistado.

Em 2000, foi adotada uma estratégia de foco na atenção ao paciente.

Há um órgão independente para regular a qualidade da atenção, a Care Quality Commission (CQC). Atua com uma série de padrões e abrange os setores público e privado. Registram, inspecionam e regulam serviços de saúde e também sociais.



277F6C0F34

Atualmente, há um diagnóstico de que o sistema de saúde é financeiramente insustentável, apresenta queda de produtividade e é muito centralizado, de modo que foram propostas pelo atual governo mudanças radicais no sistema. Entre elas está uma maior participação dos médicos no gerenciamento, redução na burocracia, elevação da eficiência, maior atenção aos resultados.

A reforma propõe a criação do HealthWatch um órgão de defesa dos usuários. O Secretário de Estado da Saúde terá as atribuições reduzidas a um papel de definição estratégica. Os PCT serão eliminados e substituídos por “*Consortia*” dirigidos por médicos (cerca de 500). As *foundation trusts* terão maior papel e, conseqüentemente, seu regulador, o Monitor, que ampliará o papel de regulador econômico. A reforma encontra-se em discussão no Parlamento, onde enfrenta resistência, inclusive de organizações de profissionais da saúde.

## 6.2 França

A França possui um sistema de saúde universal financiado por um seguro público nacional. A OMS considerou esse sistema como o melhor do mundo em 2000. Em 2005, a França gastou 11,2% de seu PIB com saúde. Aproximadamente 77% dos gastos com saúde são cobertos pelo setor público.

Toda a população deve pagar seguro de saúde compulsório. Há três principais fundos, um para trabalhadores do comércio, indústria e seus familiares, outro para os trabalhadores da agricultura e outro para trabalhadores autônomos. Esses fundos são gerenciados pelo governo (definindo os níveis dos prêmios de acordo com a renda e determinando preços de bens e serviços reembolsados).

O maior fundo cobre 84% da população. O seguro é deduzido dos salários automaticamente. Lei de 2001 estabeleceu uma alíquota de 5,25% sobre a renda e de 3,95% sobre benefícios (pensões).

Até recentemente, a cobertura estava restrita àqueles que contribuía com a seguridade social, mas o governo de Lionel Jospin implantou a cobertura universal, estendendo-a para todos os residentes legais da França. Apenas 3,7% dos tratamentos hospitalares são reembolsados por empresas de seguro privadas.



277F6C0F34

O Serviço Nacional de Saúde Francês, em geral, reembolsa 70% dos serviços de saúde e 100% em casos de tratamentos dispendiosos e crônicos, demonstrando a solidariedade, um dos princípios fundamentais do sistema. Cobertura suplementar pode ser adquirida pelos usuários a partir de empresas privadas.

Os médicos generalistas atuam como porta de entrada, referindo os pacientes para especialistas ou para hospitais. Contudo, o sistema oferece liberdade de escolha, mas o reembolso será menor quando o paciente se dirigir diretamente a especialistas. A maior parte dos médicos generalistas está na prática privada, mas obtém sua renda a partir dos fundos públicos de seguro.

Cerca de 65% dos leitos hospitalares são oferecidos em hospitais públicos e 15% por privados sem fins de lucro e 20% por instituições privadas com fins de lucro.

O sistema foi reformado em 2004, criando-se uma União nacional dos fundos de seguro. Um novo cartão de saúde foi adotado.

Em 2005: o sistema processou um bilhão de reembolsos; cerca de 100 mil pessoas estavam empregadas no sistema; 4,3 milhões de pessoas de baixa renda receberam reembolso total por meio de seguro suplementar; foram realizadas 89 milhões de consultas com especialistas e 211 milhões com médicos generalistas; e 34 milhões de pessoas declararam seu médico de referência.

Atualmente, há necessidade de redução de gastos. O Déficit na área social é de 160 bilhões de Euros. Na área da saúde é de 10 bilhões.

A Caixa de Assistência está diante de um novo papel, de oferecer mais serviços de forma proativa (ex.: preventivos para diabéticos, que recebem telefonemas estimulando-os a realizarem exercícios físicos, para evitar amputações).

A Caixa tem buscado realizar contratos com médicos para atingir objetivos quantificáveis, como: economizar nas prescrições pela utilização de medicamentos genéricos. Para o acompanhamento da situação, tem utilizado indicadores simples e robustos baseados na lei de saúde pública de 2004. A avaliação tem se baseado em dados de reembolsos, pois não possuem acesso a dados clínicos.



### 6.3 Espanha

O Sistema Nacional de Salud (SNS) foi estabelecido em 1986 pela Ley General de Sanidad, seguindo determinação da Constituição de 1978, que prevê o direito à saúde a todos os cidadãos, como também a descentralização dos serviços. De fato, o gerenciamento dos serviços tem sido progressivamente transferido para as comunidades autônomas, enquanto alguns continuam sob a gerência do Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA), que faz parte do Ministério da Saúde e Política Social. Esses serviços são integrados por meio do Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España, CISNS.

A legislação prevê que a atenção é universal, inclui todos os níveis de atenção à saúde, a unidade do sistema, o financiamento público e um elevado padrão de qualidade no atendimento. Em 2003, a Ley 16 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud manteve as linhas básicas da legislação, mas ampliou a descentralização. Essa lei definiu um conjunto de funções comuns para os serviços autônomos, sem interferir na diversidade de formas de organização e gerenciamento. A lei também aborda a colaboração em áreas como recursos humanos, pesquisa, informações em saúde e qualidade do sistema.

Foram fortalecidos órgãos como: Agencia de Evaluación de Tecnologías, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Comisión de Recursos Humanos, Comisión Asesora de Investigación en Salud, Instituto de Salud Carlos III, Instituto de Información Sanitaria, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud e Observatorio del Sistema Nacional de Salud. O principal órgão de coordenação territorial é o Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España. As decisões são tipicamente adotadas por consenso e acordos de cooperação são formalizados no conselho.

O Conselho atua no desenvolvimento de uma carteira de serviços e sua atualização, os padrões de segurança e qualidade na atenção, critérios para convocação de profissionais, critérios para o financiamento de medicamentos e do sistema, em geral.

Em suma, a Constituição definiu como as comunidades da Espanha deveriam organizar a atenção à saúde, o que promoveu a descentralização do sistema. Desde 2003, a Espanha possui nova lei de



descentralização dos serviços de saúde, com novas regras para garantir o convívio entre as Comunidades Autônomas e o Governo Central e para estabelecer as responsabilidades de todos os organismos que compõe o Governo, que é um governo único, central. Em linhas gerais, a lei define a organização e o funcionamento do sistema. Definiu, por exemplo, como fazer a integralidade, conferindo centralidade a esse princípio.

Foi definido que a carteira de saúde é o ponto de partida da organização do sistema e foram reguladas as relações entre as Comunidades Autônomas e o Governo Central, as responsabilidades e também o financiamento. É preciso considerar que na Espanha, toda a responsabilidade de Estado, toda política pública para o país parte do Governo Central.

A aplicação de recursos em saúde com relação ao PIB é semelhante ao Brasil, a diferença é que mais de 70% dos gastos espanhóis são públicos. A responsabilidade pelo financiamento é das Comunidades Autônomas.

Os médicos de atenção primária são responsáveis pela referência aos especialistas. Os serviços são pagos por produção e por meio de contratos com os provedores.

#### **6.4 Brasil**

Aspectos históricos, descritivos e normativos do sistema brasileiro estão disponíveis para consulta na seção de apêndices, de modo a conferir ao texto principal um espaço para uma reflexão mais dirigida ao objeto desse relatório. Os apêndices de A até C apresentam, respectivamente, dados sobre a evolução histórica, normativa e sobre a gestão do SUS.

O marco legal do SUS está na Constituição Federal de 1988 (C.F. 88) e na “Lei Orgânica da Saúde,” composta pelas Leis Ordinárias nº 8.080, que regulamenta o SUS e nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Em síntese, esse marco estruturou um sistema conceitualmente avançado e inclusivo, mas que ainda apresenta importantes



lacunas nas áreas de financiamento, da delimitação dos serviços oferecidos, da gestão de recursos humanos e da definição de responsabilidades sanitárias.

Tais lacunas, associadas a uma inadequada implantação das previsões legais, principalmente pela desconsideração do planejamento ascendente, também contribuiu para que o sistema operasse em bases instáveis, produzindo resultados mais satisfatórios nos setores priorizados com maior organização administrativa, capacitação de recursos humanos e disponibilidade de recursos financeiros (como as ações de vigilância e programas específicos, como: imunizações, transplante de órgãos, diálises renais e controle da Aids), enquanto que outros permaneceram, em geral, subfinanciados e com baixa qualidade (como as ações de média complexidade).

Apresenta-se a seguir as categorias de análise e a sua aplicação ao conjunto dos países selecionados.

### **6.5 Análise Comparativa**

O quadro 1 sumariza as categorias de análise selecionadas. Comentários sobre cada categoria, apresentados a seguir, ressaltam os aspectos pertinentes a cada país. Os comentários sobre o Brasil nessa seção limitam-se ao estabelecimento de comparações, mas serão aprofundados na seção VII.

O contexto histórico-estrutural comum a todos os países é que visam a um acesso universal da saúde. Os sistemas da Inglaterra e França estão em fase madura de implementação, pois que foram os pioneiros, enquanto que os da Espanha e Brasil são relativamente recentes e se encontram em fase de desenvolvimento. Na Inglaterra, o serviço é gratuito no ponto de utilização e oferecido basicamente por instituições públicas. A França utiliza um sistema de seguro social em que os usuários são reembolsados pelo setor público após utilização dos serviços de saúde, sendo a maior parte dos serviços não hospitalares prestados pelo setor privado. Na Espanha os serviços são contratados pelo setor público e remunerados por produção. O Brasil diferencia-se por ser uma federação e apresentar descentralização política maior que os demais, como também por possuir uma população maior. Apesar de seu sistema ser universal e gratuito, o setor privado (“suplementar”) encontra-se bem desenvolvido. Além disso, é relevante a participação de instituições sem fins lucrativos no oferecimento de serviços contratados pelo setor público.



277F6C0F34



Quadro 1 Categorias de análise de sistemas de saúde

<b>Categorias</b>	<b>Características</b>
Contexto histórico-estrutural	Considera a fase de desenvolvimento do sistema e o contexto em que está inserido, os quais influem no desenvolvimento de suas potencialidades, na sua sustentabilidade e em pressões por reformas.
Organização sistêmica	Considera os princípios e as diretrizes fundamentais, que definem a macro organização do sistema de saúde: a integralidade, universalidade, a igualdade, a gratuidade e a garantia no acesso à atenção; o nível de descentralização (no padrão decisório e na divisão de responsabilidades entre os gestores do sistema); e o controle efetuado pela sociedade e órgãos institucionais (incluindo a qualidade e a regularidade).
Organização da atenção à saúde	Considera o modelo de organização das ações e serviços de saúde, incluindo os locais que efetivam a atenção, quais os tipos de estabelecimentos que prestam serviços individuais e coletivos à saúde da população, bem como os tipos de redes (atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência, psicossocial) e suas articulações para garantir acesso universal e integral (portas de entrada, ponto sistêmico, centrais de gestão); refletindo as prioridades do sistema para as ações de redução de risco, prevenção, cura e reabilitação;
Organização produtiva	Considera o modelo de gestão adotado para oferecer o atendimento (administração direta, autarquia – fundação pública de direito público -, empresa pública ou fundação pública de direito privado, e privado – incluindo privado não lucrativo, como organizações sociais / OS, filantrópico e organizações sociais de interesse público - OSCIP).
Financiamento	Considera o modelo de financiamento dos serviços, incluindo o nível de gastos públicos de cada ente governamental e dos cidadãos.
Recursos humanos	Considera a capacidade de o sistema influir no planejamento e ordenamento da formação de profissionais de saúde (definição de quantitativos necessários ao sistema, de número de graduandos e de pós-graduados, distribuição e competências das profissões), sua capacitação continuada e condições de exercício profissional em áreas de maior necessidade;
Interação com outros sistemas	Considera as relações do sistema de saúde com outros sistemas de saúde nacionais (por exemplo, as relações entre os setores público e privado) e até internacionais (como no caso de atendimento a cidadãos de outras nacionalidades) e, ainda com outras políticas, que influenciem as demandas por serviços de saúde.
Resultados sistêmicos	considera os resultados quantificáveis, segundo aspectos processuais, de satisfação do usuário e, ainda, segundo o impacto na saúde da população, refletindo o foco do sistema.



277F6C0F34

Os elevados custos dos serviços de saúde e as crescentes demandas provocadas pelo envelhecimento das populações e aumento da prevalência de doenças crônicas, num contexto de crise econômica mundial, tem aumentado a pressão pelo aumento da eficiência dos sistemas e colocado em evidência a necessidade de considerar sua sustentabilidade. Nesse momento, a Inglaterra debate uma reforma de grandes proporções em seu sistema, que busca alterar drasticamente o quadro atual, por meio de redução de funcionários do nível gerencial, eliminação de estruturas de coordenação e criação de entidade nacional de coordenação (*Commission Board*) e de organizações descentralizadas (coordenadas pelo médico generalista), que poderão contratar mais serviços do setor privado. Tal reforma enfrenta dificuldades em ser aprovada pelo Parlamento, apesar de já ter sido modificada para facilitar sua tramitação.

A França também enfrenta pressões para que o sistema torne-se mais eficiente e que seu déficit seja reduzido, sem, contudo, perder o foco na qualidade dos serviços prestados aos usuários. No Brasil, o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e deficiências de gestão tem produzido resultados inadequados em determinadas áreas da atenção à saúde, de certa forma mascarando bons resultados produzidos em outras áreas. Atualmente, há demanda pelo aumento do financiamento e melhorias nos resultados do sistema.

A organização sistêmica em todos os países está fundamentada nas diretrizes presentes em suas legislações. A universalidade de acesso é comum a todos, de modo que o setor público precisa organizar a disponibilidade de serviços de saúde aos cidadãos, prestando os serviços diretamente (Inglaterra) ou por meio de terceiros (como os serviços ambulatoriais na França e os contratos na Espanha), mas mantendo a responsabilidade pelo financiamento.

A clareza quanto à definição da “integralidade”, ou seja, quais serviços serão efetivamente oferecidos à população mostra-se indispensável para um adequado planejamento, financiamento, controle, avaliação e responsabilização dos gestores do sistema. A Espanha, desde elaboração de lei em 2003, tem se destacado na busca pela definição de uma “carteira” de saúde que oriente a conformação do sistema. A Inglaterra apresenta padrões de serviços a serem oferecidos, monitorando-os por meio de grande quantidade de indicadores e órgãos autônomos. Na França, os serviços



disponibilizados são bem caracterizados por meio do sistema de reembolso, que remunera igualmente os provedores públicos e os privados.

No Brasil, a concepção ampliada de direito à saúde prevista na Constituição Federal de 1988, representou avanço ao proporcionar acesso à saúde a uma grande parcela da população, contudo, sua pouca especificidade tem dificultado uma orientação clara para a organização do sistema. Ainda que a lei orgânica da saúde (Lei 8080, de 1990) tenha estabelecido áreas de atuação ainda há necessidade de maior detalhamento sobre as ações e serviços que compõem a integralidade oferecida pelo Sistema único de Saúde (SUS). Por exemplo, o amplo direito à saúde tem propiciado aos que têm acesso ao sistema judiciário obter tratamentos dispendiosos, não reconhecidos pelo sistema, em detrimento do planejamento sanitário destinado ao atendimento do conjunto da população.

A organização sistêmica do SUS tem sido mais influenciada pela diretriz da descentralização, por meio de portarias do Ministério da Saúde, que ao longo da década de 1990 objetivaram transferir responsabilidades crescentes a Estados e Municípios, mas sem um financiamento capaz de atender às novas demandas na mesma proporção.

A descentralização é uma variável relevante para um país extenso como o Brasil (mesmo nos demais países, onde a centralização política é maior, foi observada a necessidade de estabelecimento de instituições e arranjos regionais), contudo outras variáveis precisam ser consideradas, principalmente o padrão de integralidade.

A participação social está presente em todos os sistemas observados, por meio da presença de usuários em conselhos de saúde, entretanto não é quantificável a efetividade dessa participação. Percebe-se, contudo, que os sistemas da França e Inglaterra estão explicitando princípios de foco no usuário. Espanha e Brasil destacam-se pelos seus conselhos de saúde em que há grande envolvimento das comunidades locais.

O controle dos sistemas é bem desenvolvido na Inglaterra, por meio de órgão que controla a qualidade dos serviços e de outro que monitora o desempenho de fundações ("Trust"), para atuar antes que problemas se avolumem. Esse país destacou-se por apresentar um conjunto de indicadores sobre o acesso, como tempos de espera, mas também sobre a qualidade do atendimento. Na França, o controle ainda se baseia em dados e indicadores



coletados por meio do sistema de pagamentos, existindo uma dificuldade de incorporação de dados clínicos, em função da grande preocupação com o sigilo dos dados individuais. No Brasil, as ações de controle do SUS, por meio de órgão de auditoria interna, tem encontrado dificuldades em atuar em cooperação com órgãos externos ao mesmo, particularmente de outros níveis da federação. A avaliação tem se dado mais no âmbito da destinação de recursos e a avaliação da qualidade dos serviços do SUS é virtualmente inexistente.

A responsabilização dos gestores é um tema destacado no Brasil, onde vários níveis interagem na provisão dos serviços de saúde, contudo ainda não está devidamente regulamentado.

A organização da atenção nos quatro países apresenta a preocupação em ampliar o papel da atenção primária à saúde. Na Inglaterra, isso se torna factível pela prática do conceito de médico generalista, que acompanha todos os aspectos da saúde dos usuários registrados sob sua responsabilidade. Além disso, a influência do *National Health Service* (NHS) sobre os profissionais de saúde, que são assalariados, facilita a adoção de padrões de assistência. Na França, percebe-se uma maior dificuldade na ampliação da atenção primária, pois a influência institucional ocorre mais a partir do controle dos meios de pagamentos por meio das Caixas de Assistência a uma rede de profissionais autônomos. O Brasil possui uma concepção de sistema que facilita a promoção da atenção primária, o que tem ocorrido, por exemplo, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), entretanto essa estratégia ainda não está acessível a toda a população.

Quanto ao acesso aos demais níveis de atenção, a Inglaterra, França e Espanha o proporcionam a partir de referências do médico generalista, embora na França seja possível acesso direto a especialistas (nesse caso o reembolso ao usuário é menor). No Brasil, o PSF representa uma tentativa de organizar o acesso aos demais níveis, contudo tem encontrado dificuldade, em função da dificuldade de referência ao nível secundário (como consultas e exames especializados) e terciário.

A hierarquização dos serviços é comum a todos os países analisados, geralmente refletindo ordenamentos segundo a complexidade organizacional de serviços ambulatoriais e hospitalares. Uma clara definição e aplicação prática das portas de entrada do sistema são observáveis na Inglaterra França e Espanha, pela relevância conferida ao papel do médico generalista. A



garantia de acesso seria promovida, principalmente na Inglaterra, por meio de monitoramento de tempos de espera, segundo padrões previamente estabelecidos.

A concentração geográfica de serviços por meio de sua regionalização foi observada, mesmo nos países de maior centralização política. Quanto à propriedade das instituições que oferecem atendimento, até o momento, a Inglaterra tem mantido uma extensa rede pública, contudo a reforma em discussão pode favorecer o desenvolvimento da rede privada e alterar esse quadro.

Na França, os serviços públicos concentram-se na atenção hospitalar e no Brasil há uma maior interação entre os serviços públicos e privados no fornecimento de serviços do SUS. Independente da propriedade pública das instituições, a contratualização é observada em todos os sistemas, sendo proeminente na Espanha. Na Inglaterra, são frequentes contratos entre órgãos públicos e fundações (“trust”) provedoras de serviços; na França, há tentativas, moderadamente exitosas de contratos diretos entre o órgão “pagador” e profissionais de saúde (por meio de incentivos financeiros – bônus – associados a determinados comportamentos, que se desejam estimular, como: prescrição de medicamentos genéricos, realização de determinado tipo de atendimento, exercício profissional em regiões rurais e periferias de grandes cidades, etc.). No Brasil, há experiência de pactos entre gestores de saúde dos três níveis da federação e, com o Decreto nº. 7.508, de 2011, há previsão de um maior refinamento dos contratos para a organização da ação pública entre os níveis federados, segundo as reais necessidades de saúde da população.

A organização produtiva dos serviços de saúde admite ampla variedade de arranjos para satisfazer os princípios de organização sistêmica adotada. Na Inglaterra, até o momento, predomina um modelo em que o setor público controla um conjunto de órgãos de interesse público, os quais contratam a provisão dos serviços por instituições públicas e privadas. Na França, o sistema de seguro social contrata provedores (médicos generalistas) diretamente e remunera igualmente (com uma tabela única) os provedores públicos e privados. Na Espanha há contratos para pagamento segundo a produção e no Brasil, há uma pluralidade de arranjos, desde a administração direta até contratos com provedores privados (preferencialmente os sem fins de lucro).



No financiamento dos sistemas há uma marcada diferença em relação ao Brasil. Enquanto a Inglaterra aplica recursos públicos na ordem de 8,5% de seu PIB na saúde e a França, de 11%, no Brasil os recursos públicos aplicados na saúde (provenientes dos três níveis federados) correspondem a apenas 3,6% do PIB. Na Espanha, cerca de 70% dos gastos em saúde são públicos, inverso do que ocorre no Brasil, onde a maioria dos gastos já são privados. Apesar de a França utilizar o setor privado na dispensação de serviços ambulatoriais, o financiamento é predominantemente público, por meio de um sistema de seguros, sustentados pelas contribuições dos cidadãos (para os com renda inferior a 700 Euros por mês o governo oferece o seguro). O sistema de reembolso também prevê a participação dos usuários, pois o mesmo não é total, mas a contribuição individual é menor nos tratamentos muito dispendiosos e nas patologias crônicas.

O financiamento e sua sustentabilidade estão na origem das demandas por mudanças nos sistemas de saúde universais analisados.

Os recursos humanos da saúde têm a sua formação influenciada pelo setor público na Inglaterra, ainda que os cursos de graduação não sejam financiados predominantemente pelo governo. Por exemplo, na educação médica tal influência ocorre por meio da definição, a cada ano, das vagas disponíveis nos cursos de graduação e de especialização.

Na França, a influência na formação ocorre, pois os cursos são financiados pelo setor público, que também promove vários concursos para a distribuição de vagas por especialidade. Contudo, o sistema não está imune às demandas criadas para a manutenção dos próprios serviços universitários. Os incentivos para a localização dos profissionais em regiões de maior necessidade tem se baseado em acréscimos financeiros. Apesar de não terem resolvido o problema, pelo menos revertem a tendência de ampliação da escassez de profissionais em determinadas regiões. No Brasil, o SUS não tem exercido sua competência constitucional de ordenar a formação de recursos humanos, a qual recebe mais influência das demandas do setor privado.

A interação com outros sistemas de saúde é pouco relevante na Inglaterra, pois atualmente o sistema público é predominante. Na Espanha a interação é regulada por meio de contratos. Na França, o sistema privado, comporta-se realmente como um sistema complementar, visto que o sistema público oferece serviços de qualidade a toda a população. No Brasil, o sistema



privado deveria ser igualmente complementar, como diz o texto constitucional, mas grande parcela da população de maior poder aquisitivo, considera indispensável recorrer a planos privados de saúde, inclusive muitos dos gestores e profissionais do SUS. A relação com o setor privado ocorre por meio da contratação de serviços, particularmente os hospitalares, oferecidos por organizações filantrópicas. Uma polêmica interação também ocorre quando usuários que possuem planos privados utilizam-se do SUS e este busca o ressarcimento pelos serviços. Os mecanismos existentes ainda não são suficientes para que isto ocorra em volume significativo.

Também merece destaque o subsídio que o governo federal oferece a pessoas físicas e privadas que utilizam planos de saúde, pois estas possuem direito a deduções de impostos. Apenas em 2006 tais renúncias fiscais chegaram a cerca de 12 bilhões de Reais.

No que se refere ao atendimento a cidadãos de outras nacionalidades, o sistema brasileiro aparenta elevado nível de solidariedade, pois tem atendido a estrangeiros, inclusive na realização de procedimentos como transplantes de órgãos.

No caso de iniciativas destinadas à promoção da saúde por meio de outras políticas (que terminam influenciando as demandas por serviços de saúde, como a prática esportiva, uso de bebidas alcoólicas, etc.), estas têm ocorrido em todos os sistemas; existindo interesse generalizado por uma maior coordenação dessas ações.

Os resultados sistêmicos dos países analisados, em geral, indicam que atingem considerável cobertura da população. No caso da França, critérios técnicos adotados pela Organização Mundial de Saúde indicam que este seria o melhor sistema do mundo. Seus cidadãos também o aprovam e percebem a saúde como o melhor dos serviços públicos do país. A adoção do foco no usuário tem se mostrado produtivo nesse sistema. Na Inglaterra, os resultados e os serviços gratuitos também são valorizados pela população, entretanto há queixas quanto ao tempo de espera por alguns serviços mais complexos (até 18 semanas). De todo modo, por exemplo, no caso de suspeita de câncer o tempo de espera não pode ultrapassar duas semanas. No Brasil, os resultados do SUS são heterogêneos, segundo a região geográfica e também segundo o tipo de serviço. Alguns são mais bem financiados que outros (transplantes de órgãos, diálise renal, imunizações) e por isso possuem melhor qualidade. Essa



heterogeneidade na qualidade dos serviços gera percepções ambíguas em relação ao sistema. Estudo do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - IPEA (2011) revelou que os usuários do SUS consideram que os maiores problemas são o elevado tempo de espera e a falta de profissionais da saúde.

Após essa comparação inicial sobre as categorias relevantes para sistemas de saúde universais, seguem-se uma reflexão mais aprofundada e as conclusões sobre o caso brasileiro, objeto principal desse relatório.



277F6C0F34



## VII – PROPOSTAS E TESES DA SUBCOMISSÃO

### 7.1 Organizando o Acúmulo de Conhecimento Histórico e Respeitando o que de Positivo está Posto.

Compreendido as características do SUS, diante do quadro comparativo com outros sistemas de saúde nas sessões anteriores, alguns esclarecimentos iniciais são importantes antes da exposição das teses e propostas da Subcomissão:

O pressuposto adotado por esta Subcomissão é a certeza de que a tese e a proposta apresentadas **harmonizam e organizam o acúmulo de conhecimento histórico que permitem o avanço do SUS, respeitando o que de positivo está posto.**

A jornada de implantação e de desenvolvimento do SUS desde a sua criação na Constituição de 1988 demonstra, por um lado, que a sua gestão é naturalmente instável e de desenho organogramático sempre sujeito a mudanças. Por outro lado, que é preciso se afastar das receitas absolutas. Ou seja, é preciso trazer o meio para a estruturação do SUS. O meio o qual o sistema está inserido é produtor de instabilidade e de vida para a organização. É fonte dos elementos substantivos do seu objeto – recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para as quais se pode dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que permite compreender, significar e intervir. Ao mesmo tempo em que se afastam receitas compactadas para serem aplicadas ao SUS, pois se sabe que certas teorias elaboradas e propaladas sobre gestão e administração que produzem algum resultado prático de melhora de produção ou de desempenho transformam-se em receitas absolutas para todos os tipos de gestão.

**A tese e a proposta de reformas do SUS representam a própria dinâmicas de vida do sistema.** O pior cenário é a inamovibilidade, por ser a omissão danosa ao SUS e acentuar a desigualdade social. Isso no mínimo gera aumento dos riscos de doenças, outros agravos e iniquidades.



Nada obstante, não são desconsiderados os conflitos políticos e econômicos envolvidos em toda a realidade social a qual o SUS é apenas uma parte integrante desse espectro maior. Por isso que não é pressuposto da Subcomissão de que a tecnicidade exposta neste relatório seja capaz de, por si só, garantir a eficácia, eficiência e efetividade que todos almejam para o SUS – e que ele tanto necessita. Não há descontextualização do SUS e deslocamento para uma esfera mística, cuja detecção de seus problemas seja de caráter técnico e, por meio da técnica, sejam então todos os problemas resolvidos.

É oportuno resignificar Matta (2002, p.28) para destacar outro aspecto importante. Esse autor acentuou que pesquisador Albert Hirschman observou que a América Latina centrou-se exclusivamente no Estado e no universo do político para corrigir o seu atraso. E o que ela espera quando se fala em reforma é mais uma redefinição das agências públicas do ponto de vista formal, burocrático e externo do que uma proposta efetiva de mudança. Reformar, como sinônimo de mexer no desenho do Estado, tem sido confirmada por vários governos que, não obstante a retórica, mudaram a administração pública apenas na forma. Deste modo, reformar significa normalmente promover uma reorganização formal e exterior do serviço público. Aquele primeiro autor cunhou, então, a frase de efeito de que “a mudança formal explícita escondia a manutenção implícita do status quo” (2002, p.28).

É necessário, então, ultrapassar os críticos por meio das ações, retirando-lhes o embasamento fático. Por um lado, extirpar qualquer pacto de inamovibilidade favorável ao que de injusto, deficiente e fraudulento esteja posto ao SUS. Por outro lado, habilitar e dotar o SUS de interação com o meio, capaz de produzir respostas ágeis e precisas para os desafios, simples e complexos, do cotidiano. Isso também ensejará reflexos e alterações no meio social. De qualquer modo, para que isso fosse formulado, houve um planejamento criterioso e uma análise crítica diante do que se observa, se dialoga, do que é consenso e dissenso ao redor das experiências do SUS, apuradas por meio das sessões de trabalho da Subcomissão, recebimento de relatórios de diversos órgãos públicos, participação popular direta ou via sítio na rede mundial de



computadores (INTERNET) da comunidade virtual da Subcomissão, além do conhecimento dos integrantes e do relator da Subcomissão, entre outras.

Mas é inegável que existe, de fato, um plano ideal de como seria o SUS, pois o sistema de saúde do Brasil é uma criação coletiva do que se costuma designar de movimento sanitaria. Movimento este presente na vida política e social há décadas no Brasil, com forte influência no antes, durante e pós-constituição de 1988. Há muito material, debate, ocupação em pontos e postos estratégicos dentro e fora do Estado e na sociedade civil ocupado por diversas matrizes desse movimento. Todos produzem, cotidianamente, idéias e ações do SUS. Não há, portanto, como negar a existência de um plano ideal de SUS, muito embora seja difícil caracterizar pormenorizadamente como seria esse idealizado sistema. Entretanto, na dimensão real e em uma esfera ampla existe consenso: **o SUS que se quer é o SUS constitucional** – universal, integral, descentralizado, sustentável, integrante da seguridade social.

O mérito da tese e da proposta da Subcomissão é ter o SUS constitucional como ponto de partida e como ponto de chegada. Não se trata de plano ideal, significando utopia, mera fraseologia ou apego ao legalismo. Explica-se. SUS constitucional como ponto de partida significa que é por meio do Texto constitucional que se constrói o sistema de saúde do Brasil. O direito à saúde é reconhecido, incorporado e exigido estatalmente, porque ali estão contidas quais são as bases que sustentam as ações e serviços de saúde. É a Constituição que diz que as ações e serviços de saúde são de acesso universal e igualitário, de relevância pública, visam reduzir riscos de doenças e outros agravos, integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único. A Constituição ainda determina que esse sistema único é organizado de modo descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade, financiado com recursos da seguridade social e outras fontes, além de fixar competência e atribuições, tais como: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de



saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS constitucional é ponto de chegada porque requer a realização do direito à saúde, ou seja, a sua integração ao viver e agir dos cidadãos e agentes públicos na forma de direitos e deveres recíprocos, e ser introduzida como política de Estado mediante atuação do Governo. Ora, havendo bloqueios do processo de concretização do SUS por fatores políticos, econômicos e culturais, a reprodução do SUS constitucional não se realiza. Portanto, o direito à saúde permanece no Texto constitucional formando a bela fachada de um ideal estranho à cidadania. Assim, o SUS constitucional como ponto de chegada significa que o sistema está baseado no conceito de interação com o meio, que é dinâmico, e por isso que ele tem um papel de Estado e outro de Governo. Para os entes federados cumprirem papel de Estado e de Governo, enquanto sistema vivos que são e considerando o desenvolvimento histórico nos últimos 23 anos de SUS, será imprescindível incorporar o conceito de atividade exclusiva de Estado, pois isso permitirá fazer a divisão do que somente o Estado pode fazer por meio da administração direta ou indireta de servidores ocupantes de carreira. Também resta claro o que os entes podem transferir para organismos estatais, a saber, atividades econômicas e outras como a prestação de serviços de saúde.

O direito à saúde interpretado como a inclusão da população nas ações e serviços do SUS significa que o que o direito à saúde importa é um acesso generalizado aos procedimentos constitucionalmente estabelecidos e aos benefícios sistêmicos deles decorrentes nos diversos setores da sociedade. Nesse sentido, o direito à saúde que constitui o conteúdo do SUS serve para deixar o futuro aberto à reprodução autopoietica do respectivo sistema social ao qual se relaciona. Isso porque a dinâmica de como se darão aqueles acessos se modificarão diante de novas situações e outros contextos. É bom lembrar que o



direito à saúde é espécie de direito fundamental. Este, segundo Luhmann (1993, p.116), tem “como função garantir a flexibilidade e a capacidade de automodificação do saber social”. É preciso não engessar o direito à saúde enquanto conteúdo do SUS.

Não obstante, nada impede a leitura do direito à saúde pressupondo uma relação recíproca e permanente de tensão entre Estado e sociedade, o que implica em reconhecer as diversas formas de luta pela concretização dos direitos fundamentais. O importante é perceber que o SUS constitucional é ponto de consenso. E este consenso nos permite ter uma base de partida e uma base de chegada. Não há circularidade, apesar da metáfora. O direito à saúde flui da esfera pública (meio social) para o sistema jurídico e político (estatal), e reflui destes para aquela. Assim sendo, de um lado, o SUS que constitui a principal forma e conteúdo do direito à saúde relaciona-se com três entes federados, que formam a diferenciação sistêmico-funcional do Estado brasileiro; de outro, com a heterogeneidade de expectativas, valores, interesses que circulam por diversas formas na esfera pública (meio social) e exigem tratamento equânime nos procedimentos constitucionais.

Evidentemente que diversos desdobramentos surgem desses esclarecimentos iniciais. Todos serão desenvolvidos a seguir. Por ora é importante ficar consignado que:

- ✓ O pressuposto adotado é a **harmonização e organização do acúmulo de conhecimento histórico que permite o avanço do SUS, respeitando o que de positivo está posto.**
- ✓ Habilita-se e dota-se o SUS de interação com o meio social, capaz de produzir respostas ágeis e precisas para os desafios, simples e complexos, do cotidiano, de modo que **as reformas do SUS são exigências da própria dinâmica de vida do sistema.**
- ✓ A tese e a proposta da Subcomissão do SUS podem ser representadas pelo seguinte arquilexema: **O SUS que se quer é o SUS constitucional.**



## 7.2 O SUS que se quer é o SUS constitucional

O direito à saúde está previsto, especialmente, nos arts. 6º, 194 e 196 da Constituição de 1988. Leia-se:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição

Art. 194. A seguridade social 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.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Vê-se que o direito à saúde é um direito que deve se comunicar, interagir e completar outros direitos. Ele faz parte de um conjunto de direitos que se integram funcionalmente, constituindo um todo chamado de direito social. E mais especificadamente, a saúde integra a seguridade social brasileira, ao lado da previdência e da assistência social.

Entretanto, o direito à saúde no Brasil pós-constituição de 1988 se desenvolveu como categoria estanque dos diversos direitos sociais que integram a seguridade social, sem centralidade organizativa, metodológica e executiva-descentralizada. Sabe-se que a regulamentação e a institucionalização de cada área da seguridade social se processaram de modo independentes, sem interação, comunicação e convergência. O exemplo mais comum desse isolamento é a história do financiamento da seguridade social e a própria elaboração orçamentária<sup>1</sup>. Nesse contexto, o direito à saúde esculpiu o SUS também sem observar o equilíbrio e a proporcionalidade entre todas as diretrizes formuladas pelo Texto constitucional para a organização do próprio sistema.

---

<sup>1</sup> A esse respeito, ver Marques e Mendes (2005).



É bom lembrar que o conteúdo ou objeto do SUS é proporcionar o direito à saúde, por meio de ações e prestações de serviços de saúde individual e coletiva. Estas ações e prestações de serviços são garantidas mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ora, considerando que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade, a reflexão capturada pela Subcomissão extraiu dos seus interlocutores, dos relatórios e textos examinados, da experiência, da militância e do conhecimento dos seus membros, que ao longo dos 23 anos de SUS o debate da implantação e desenvolvimento do SUS foi no sentido de viabilizar a descentralização dos recursos da saúde, como se por decorrência natural essa descentralização dos recursos permitisse a universalidade e a integralidade.

Sabe-se que o INAMPS foi o grande executor de serviços de saúde no bojo da previdência social. Mas como o setor de saúde adquiriu uma autonomia e passou a fazer parte da seguridade social ao lado da previdência e assistência social, perdeu sentido a previdência ofertar serviço de saúde. Contudo, a área da saúde herdou toda a estrutura e cultura do modo de fazer e ofertar serviços de saúde, inclusive do ponto de vista do como financiar, construir e gerir redes produtoras de serviços de saúde. Inegavelmente que isso foi um grande legado que o SUS recebeu, porque representava uma gigantesca estrutura e rede, mas também herdou algumas características que praticamente forçou o consumo de quase duas décadas de debates entorno da implantação do SUS.

Portanto, o histórico do SUS narra e, especialmente, os debates durante as reuniões de trabalho da Subcomissão permitem dizer que, ao se realizar um balanço, verifica-se que a década de 90 do século XX foi pautado em como trazer o INAMPS para dentro do Ministério da Saúde (MS) e como



ratear o INAMPS entre estados e municípios, justamente em função do princípio da descentralização.

Por sua vez, constata-se também que os princípios da universalidade e da integralidade não foram focos de grandes discussões dentro do setor saúde. O princípio da integralidade é muito mais objeto de atenção do Poder Judiciário do que do Poder Executivo e do Poder Legislativo. É por meio de uma hermenêutica individualizante e não de política pública que o Estado brasileiro tem se debruçado sobre o princípio da integralidade. Trata-se do que se costuma chamar de “judicialização da saúde” em detrimento do governo em ação. Assim, não houve grandes debates ou formulações sobre a integralidade para garantir esse princípio ou operacionalizá-lo na prática e no cotidiano.

E, por sua vez, apesar de no discurso haver um consenso de que o acesso é universal, e existir disputas contra as portas paralelas dos serviços públicos para a iniciativa privada, não houve um aprofundamento do debate sobre o acesso universal e um sistema de garantia de acesso.

Sob o ponto de vista do direito à saúde, apesar de correta a luta contra as portas paralelas dos serviços públicos de saúde, o argumento de índole exclusivamente corporativo é superficial. É urgente, necessário e imprescindível a melhoria das condições de trabalho, de remuneração e de qualificação dos trabalhadores do setor da saúde, inclusive por via de planos de cargos e salários. Entretanto, é equivocado formular um nexo causal necessário e satisfatório entre a melhoria do padrão de trabalho dos empregados no setor saúde e o princípio da universalidade, como se este princípio dependesse daquelas condições. Sabe-se que o interesse corporativo não é igual ao interesse público. Geralmente, aquele tende a se limitar ao âmbito de setores funcionais particulares, mostrando-se incapaz de articular interesses intersetoriais, inclusive porque a burocracia do setor saúde não é formada por agentes neutros, mas sim dotados de interesses próprios, que tentam maximizá-los. Dado certo contexto, há conflito com o princípio da universalidade de acesso.





De qualquer sorte, estudos amparados em experiências<sup>2</sup> mostram a relação entre os cursos de aperfeiçoamento e a redução de reclamações nas ouvidorias do SUS, indicando melhora no atendimento ao público. Destarte, existe relação entre a universalidade e a melhoria das condições dos trabalhadores no setor saúde. Apenas essa relação, como dito, não é necessária e satisfatória para garantir o acesso universal. O princípio da universalidade de acesso não se restringe ao atendimento. A importância dos cursos de aperfeiçoamento e qualificação, bem como da qualidade do trabalho e da remuneração não dependem de outros princípios e sequer precisam obscurecê-los. A dignidade do trabalho no setor saúde é importante porque eles são os executores do direito à saúde, a discricionariedade deles é muito grande. Suas decisões são determinantes para o sucesso de toda e qualquer política do setor e sua adesão essencial. Aliás, as decisões desses trabalhadores, as rotinas que eles estabelecem e os instrumentos que eles criam para enfrentar as pressões e incertezas do trabalho são a própria política pública. Esse processo decisório da burocracia de nível de rua não envolve teorias ou modelos, mas sim o desenvolvimento de rotinas e práticas de comportamento.

Por conseguinte, se o SUS do consenso; se o SUS pactuado pela sociedade brasileira; se o SUS ideal não é utópico, mas existente e escrito na Constituição de 1988; o atual momento histórico diz que é legítimo e necessário priorizar os debates e as ações nos princípios da **integralidade** e da **universalidade**, sem anular o princípio da descentralização. Isso porque, em primeiro lugar, o SUS que se quer é o SUS constitucional, e, em segundo lugar, o ponto de partida para se conformar um sistema de saúde integral, universal, descentralizado, com participação da comunidade, de relevância pública e integrante da seguridade social é definir “**o que será ofertado?**” e “**para quem será ofertado?**” Explica-se.

---

<sup>2</sup> Vide estudo realizado em Sergipe enquanto este Relator foi Secretário Municipal e Estadual de Saúde.



## 7.2.1 A Base para a Reforma do SUS Constitucional: a integralidade e a universalidade.

### 7.2.1.1 A integralidade

A Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica do SUS, define integralidade como o “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” (art. 7º, II). Esta Lei, em seu art. 5º, define entre os objetivos do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Logo, o entendimento do princípio da integralidade atribui ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou patologia que acometa qualquer cidadão, em todos os níveis de complexidade. E que suas ações contemplem todas as etapas da história das doenças e agravos – a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação.

Sem embargo, essa generalidade da definição de integralidade contida na Constituição e na legislação geral do SUS é de caráter juspolítico e, se interpretada sem contextualização da história social servirá apenas para enfraquecer o direito à saúde, tornando-o abstrato e uma mera declaração. A integralidade para ter força cogente é definida por meio de uma construção histórica, e diz respeito às necessidades de cada indivíduo e do coletivo em cada momento de suas vidas. Mas, o máximo que o Estado garante ou pode garantir é um determinado padrão de integralidade.

Por sua vez, o **padrão de integralidade** dependente do financiamento, da riqueza disponível, da opção tecnoassistencial, do grau de integração da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção que se conseguem imprimir na operação cotidiana dos serviços e dos sistemas de saúde, do grau de inclusão social de um povo, da legislação que vigora numa nação, do grau de civilidade incorporada na luta política e dos avanços científicos e tecnológicos.

Definido que os limites da integralidade são historicamente estabelecidos, pode-se falar de um padrão de integralidade na perspectiva de cada indivíduo e de determinados coletivos. Portanto, para garantir de forma



sistêmica a integralidade de cada um dos milhões de usuários do SUS, deve-se trabalhar com a idéia de padrão de integralidade, de onde emanam os componentes de cada projeto terapêutico individual, conformado nas várias interseções entre trabalhadores e usuários, e auxiliado pelo complexo regulatório. E no caso de determinados coletivos, identificados como de risco pelas suas vulnerabilidades, a garantia de integralidade é dada por uma linha de produção de cuidado específica continente de ofertas de vários serviços e redes assistenciais que asseguram garantia de acesso a tecnologias adequadas e vinculam trabalhadores e usuários. É por isso que para se conformar um sistema enquanto rede de ações e de prestação de serviços, tal como o SUS é definido na Constituição de 1988, o ponto inicial é a definição do respectivo objeto – o que será ofertado?

Com base exclusivamente no princípio da descentralização, quase que anulando o princípio da integralidade para a construção do SUS, o que temos hoje é o Estado, especialmente os municípios, *ofertando o possível e não o necessário*. A reforma do SUS defendida neste relatório, mediante reequilíbrio entre todos os princípios que conformam o SUS, diz que o princípio da integralidade significa o padrão a ser assegurado ao cidadão brasileiro, podendo cada estado-membro e município criar um padrão a partir do padrão nacional, que seria alcançado com a complementaridade dos entes federados.

Observe-se melhor: não bastasse a complexidade do princípio da integralidade, a Constituição definiu como princípio do SUS a descentralização, que aponta o município como executor dos serviços e das ações de saúde. A reforma defendida pela Subcomissão do SUS não anula reciprocamente nenhuma das diretrizes do SUS, de modo que se deve garantir aos indivíduos o que eles precisam em cada momento de suas vidas para atender suas necessidades o mais próximo possível de onde eles residem – no município. Não fosse a garantia de um padrão de integralidade, *os municípios ofereceriam o possível e não o necessário*. A existência do padrão de integralidade diz o que será efetivamente oferecido ao cidadão. E este padrão é dinâmico, pois revisto e ampliado de tempos em tempos.



Na experiência espanhola<sup>3</sup>, que possui sistema de saúde assentado sobre os princípios da integralidade, universalidade e equidade, o compromisso do Estado com o que irá ofertar ao cidadão foi a base do **planejamento sanitário**. O governo central define o padrão de integralidade, chamado de carteira de saúde, para o cidadão espanhol, que deve ser ofertado em todas as comunidades autônomas, o que não impede a uma ou outra comunidade de oferecer mais no seu território.

Portanto, a necessária reforma do SUS dirigida a alcançar o SUS constitucional exige assimilar o conceito de padrão de integralidade e as regras e medidas práticas daí decorrentes. E claramente se observa que é do padrão de integralidade que se pode fazer um **planejamento sanitário**, definindo-se o que o Estado brasileiro prestará ao cidadão, prioritariamente, no local de sua residência. Fazer a descentralização sem objeto é, por um lado, continuar tratando o direito à saúde como uma idéia utópica, propositadamente para não ser alcançada, e, por outro lado, apenas fatiar o que está posto. E o que ainda perdura é apenas a herança do INAMPS com a cultura de um regime autoritário, de um modo de relação intergovernamental tecnocrata, de política exclusiva e exageradamente “top-down” e de funcionamento obsoleto de repasse de recursos, inclusive com mecanismos precários e silvestres de controle e de avaliação.

Torna-se importante **detalhar as teses e propostas da Subcomissão do SUS relativas ao princípio da integralidade**, porquanto também justificam as proposições e sugestões que acompanham as conclusões deste relatório.

#### **7.2.1.2 O padrão de integralidade**

O **padrão de integralidade é definido** como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde preventivos; diagnósticos; terapêuticos; de promoção, proteção e manutenção da saúde, cura e reabilitação; e dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde.

---

<sup>3</sup> Ver capítulo deste relatório sobre o sistema de saúde espanhol, decorrência de missão oficial ao Reino da Espanha.



Evidentemente que tudo em conformidade com as normas técnicas e científicas que garantam a qualidade, a eficiência e a eficácia das ações e serviços de saúde. O objetivo é assegurar as condições básicas e comuns para uma atenção à saúde integral, permanente e adequada.

E mais, o padrão de integralidade: é obrigatório para todo o SUS, formado pelo sistema público, privado e subsistema suplementar; deverá gerar prestação de serviços aos usuários do SUS em condições de igualdade e equidade; e possibilitará a coordenação e cooperação dos entes federados no âmbito do SUS para superação das desigualdades na saúde, uma vez que haverá definição do que é que o Estado brasileiro ofertará aos seus cidadãos, cuja responsabilidade pela saúde é de cada e todos os entes que formam o Estado brasileiro.

Porquanto, o padrão de integralidade implicará em três boas medidas para o financiamento do SUS:

- ✓O financiamento do SUS contará com o chamado **ressarcimento presumido**. Trata-se da colaboração entre o sistema público, privado e subsistema suplementar de saúde, que se dará sem exclusão do atual ressarcimento baseado em procedimentos individuais, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 1998 – Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.
- ✓Os créditos devidos ao SUS pelas operadoras privadas de planos e seguros de assistência à saúde são **títulos executivos**, cobrados pela Procuradoria da Fazenda Nacional e **inscritos na dívida ativa da União**;
- ✓O fortalecimento do financiamento público do SUS, pois **se veda a redução de aportes de recursos para o SUS**, uma vez que fixado o padrão de integralidade, este deverá ser efetivo. A proposta desta relatoria prescreveu até a sanção penal prevista no art. 52 da Lei nº 8.080, de 1990, para a hipótese de redução de aportes para o SUS.



### 7.2.1.3 O ressarcimento presumido

Compete explicar melhor o aludido ressarcimento presumido, objeto de Proposição desta relatoria. A regra do ressarcimento presumido diz que anualmente serão ressarcidos pelas operadoras (RO) de que trata o art. 1º, inciso I e §1º da Lei 9.656, de 1998 – Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde – a diferença entre a oferta negociada nos contratos privados de planos e seguros de assistência à saúde (ONPSS) e o padrão de integralidade (PI) que as operadoras estão obrigadas a cumprir, mas que é prestado pelo sistema público, por ser único o sistema de saúde, segundo a seguinte equação:

$$RO = ONPSS - PI$$

Onde:  
RO – ressarcimento das operadoras;  
ONPSS – oferta negociada nos contratos privados de planos e seguros de assistência à saúde;  
PI – padrão de integralidade.

Destaque-se que o produto da arrecadação do ressarcimento presumido será depositado, integralmente, no Fundo Nacional de Saúde. A identificação das operadoras de planos e seguros privados de saúde e o cálculo do ressarcimento; o prazo para o ressarcimento; os acréscimos decorrentes da inadimplência; o prazo para o contraditório e a ampla defesa; a glosa, o abatimento ou a devolução proporcional em caso de eventual identificação entre a oferta negociada nos contratos privados de planos e seguros de assistência à saúde e o padrão de integralidade no decorrer do exercício financeiro serão regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Não compete à lei fixar pormenores que possam caducar e impedir a adaptação da lei a novos contextos. Por sua vez, a não estipulação dessas regras poderá ensejar questionamentos judiciais sob a alegação de não atendimento ao contraditório e a ampla defesa, requisitos correntes nos processos administrativos.

Todavia, o Projeto desta relatoria estabelece como título executivo extrajudicial os créditos não ressarcidos ao SUS. O fito é fortalecer o financiamento do SUS, cuja obrigação para com a saúde é de toda a sociedade, segundo exprime a Constituição, e tornar mais eficaz os dois tipos de ressarcimento ao SUS, a saber, o ressarcimento baseado em procedimentos



individuais – art. 32 da Lei 9.656, de 1998 – e o então criado ressarcimento presumido.

Além disso, o Projeto diz que esgotado o processo administrativo na ANS, esta agência deverá oficiar à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN para inscrição em dívida ativa e execução, vedada a rediscussão da matéria. Sem dúvida que a restrição cadastral não é instrumento hábil para cobrança de dívidas – e aqui sequer se cogita desse expediente. Porém, ela é inibidora de medidas protelatórias e abusivas de direito por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde em detrimento do SUS. Ela cumprirá a função precípua de tornar líquido, certo e exigível o crédito, publicizará a dívida, alertando outros órgãos e entidades para a inadimplência.

Como dito alhures, deve-se entender o princípio da universalidade sob dois prismas. Para fins de direito e exercício da cidadania, o acesso é universal, igualitário e equânime, como preceituado na constituição e na lei orgânica do SUS. Trata-se da faceta ética do princípio da universalidade. Por sua vez, para fins de planejamento sanitário, de conformação do sistema e de caráter organizativo, devem-se identificar os usuários dos serviços do SUS.

A tabela 1 demonstra a relevância desse tipo de conhecimento. Verifica-se, por exemplo, que 76% da população do País dependem exclusivamente do SUS, ou seja não possuem planos privados de assistência médica. A situação da proporção de dependência exclusiva do SUS é menor nas capitais (57%) que no interior (81,4%). Percebe-se que é muito diferente planejar os serviços do SUS para um Estado com elevada dependência do SUS, como Roraima (com proporções para o Estado, capital e interior de 94%, 90% e 99%, respectivamente) e para um como o Espírito Santo, que possui menor dependência, particularmente na capital (com proporções para o Estado, capital e interior de 69%, 24% e 73%, respectivamente).

Tabela 1 Proporção de dependência exclusiva do SUS na população do Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2011.

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Unidade da Federação	Capital	Região Metropolitana da	Interior
---	----------------------	---------	-------------------------	----------



277F6C0F34

			Capital	
<b>Brasil</b>	<b>75,6</b>	<b>56,9</b>	<b>62,5</b>	<b>81,4</b>
Norte	89,6	76,7	78,4	95,4
Rondônia	85,8	71,0	-	91,4
Acre	93,9	87,7	-	99,1
Amazonas	87,1	76,2	79,4	98,7
Roraima	93,7	90,3	-	99,5
Pará	90,3	70,4	75,2	94,8
Amapá	89,7	85,6	87,0	95,6
Tocantins	93,5	81,9	-	95,7
Nordeste	88,9	69,0	74,8	94,4
Maranhão	94,4	75,2	81,5	97,9
Piauí	93,1	79,4	82,9	98,0
Ceará	87,4	65,7	73,2	96,2
Rio Grande do Norte	83,9	60,8	71,4	91,8
Paraíba	90,9	74,1	80,9	94,9
Pernambuco	84,7	58,8	71,2	90,2
Alagoas	88,6	73,6	77,3	95,1
Sergipe	87,6	66,1	74,7	95,9
Bahia	89,7	72,5	73,9	93,8
Sudeste	62,2	41,9	52,0	69,0
Minas Gerais	75,1	45,9	58,8	79,1
Espírito Santo	68,6	24,2	53,1	73,2
Rio de Janeiro	62,8	44,4	58,1	74,9
São Paulo	55,3	40,2	46,5	60,9
Sul	76,5	49,8	63,2	80,5
Paraná	76,6	48,5	61,1	82,3
Santa Catarina	76,0	50,3	63,3	77,8
Rio Grande do Sul	76,7	51,4	64,8	80,5
Centro-Oeste	83,9	74,6	78,8	89,3
Mato Grosso do Sul	83,3	75,1	-	87,2
Mato Grosso	87,5	72,0	76,5	91,0
Goiás	85,7	73,4	82,1	89,1
Distrito Federal	75,6	75,6	75,6	-

Fonte: Proporções calculadas pela Subcomissão do SUS com base nos dados de cobertura de planos de saúde divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – em junho de 2011.



277F6C0F34



#### 7.2.1.4 A definição da integralidade, alterações e regras de construção do padrão de integralidade

Como dito alhures, o padrão de integralidade é um conceito histórico, definido a partir das condições sócio-econômicas, da civilidade da luta política refletida na compreensão de Estado e sociedade; da disponibilidade de profissionais, tecnologias e equipamentos, do grau de integração na organização produtiva da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção à saúde, do poder e distribuição de riqueza naquele Estado e sociedade. Esses aspectos de uma história social indica uma dimensão dinâmica do princípio da integralidade, de modo que se deve possibilitar não só esse **dinamismo**, mas também a **coordenação e a cooperação intergovernamental**.

Assim, as ações e os serviços de saúde que formam o padrão de integralidade e respectivas alterações **serão pactuados** no Conselho Nacional de Gestão do SUS<sup>4</sup> e **serão homologados** pelo Conselho Nacional de Saúde. Esse pacto será consensual e formalizado por meio do contrato de ação pública<sup>5</sup>.

O padrão de integralidade não é um espaço vazio possível de ser preenchido por todo e qualquer conteúdo, dependente exclusivamente da vontade política do Conselho Nacional de Gestão do SUS. Além dos aludidos aspectos da história social que nos contextualizam, há elementos pressupostos que o condicionam “a priori”. Assim, o padrão de integralidade e suas alterações deverão considerar a eficácia, eficiência, efetividade, segurança e utilidade terapêutica, bem como as vantagens e alternativas assistenciais, atenção aos grupos vulneráveis ou de risco, e as necessidades sociais e seus impactos econômicos e organizativos.

E, em qualquer caso, não serão incluídas no padrão de integralidade as técnicas, tecnologias e procedimentos cuja contribuição eficaz à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à cura da enfermidade, ao prolongamento da vida ou à melhora da esperança de vida, autonomia e

---

<sup>4</sup> Posteriormente se discorrerá sobre esse espaço público intergovernamental, quando o tema for a relação interfederativa. Não se avançará no debate para não criar enleio nas explicações do relatório. A base do sistema SUS é o padrão de integralidade.

<sup>5</sup> Posteriormente se explicará sobre essa figura política e instrumento jurídico. Vide comentário anterior.



eliminação ou diminuição da dor e do sofrimento não estejam suficientemente comprovadas, inclusive, medicamentos e produtos, nacionais ou importados, procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado, ou sem registro, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Merece relevo aduzir que a relatoria incorporou aqui as regras já previstas na recente Lei nº 12.401, de 2011, acrescentando-lhe aspectos inovadores, mas não destoantes. Leitor atento observará facilmente esse aspecto.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios, no âmbito de suas competências, poderão elaborar os seus próprios padrões de integralidade, a serem pactuados nos respectivos Conselhos de Gestão do SUS<sup>6</sup> e homologados nos Conselhos de Saúde. Entretanto, frise com vigor, esse padrão nunca poderá ser inferior ao padrão de integralidade de âmbito nacional. Ou seja, **o padrão de integralidade dos estados e municípios observará o padrão nacional como referencial mínimo**. Por conseguinte, os municípios que formarem regiões objetivando prestar ações e serviços de saúde poderão elaborar os seus próprios padrões de integralidade, a ser pactuado no respectivo Conselho Estadual de Gestão do SUS e homologado pelo Conselho de Saúde do Estado, observado o padrão nacional como referencial mínimo.

A Subcomissão do SUS consigna que compete à direção do SUS de âmbito nacional, união, **elaborar a proposta de padrão de integralidade e as suas respectivas propostas de alterações**. Essas propostas serão definidas e aprovadas, por consenso, no referido Conselho Nacional de Gestão do SUS e homologada no Conselho Nacional de Saúde.

Entretanto, a função da União é ser o órgão condensador técnico de elaboração da proposta, exatamente porque é o ente mais e melhor aparelhado sobre a totalidade do Brasil. Malgrado, não é ela o órgão que dispõe da oportunidade e conveniência do momento da alteração do padrão de integralidade, a uma, porque o padrão de integralidade deverá ter tempo fixo de vigência estipulado em seu próprio corpo normativo, a dois, porque independente desse prazo de vigência, outros legitimados poderão propor modificação a

---

<sup>6</sup> Observar que se trata de outro espaço público intergovernamental. Como dito em nota anterior, quando o tema ventilar relação interfederativa, serão explicados esses novos espaços. Por ora, não se avançará no debate para não criar confusão nas explicações do relatório.



qualquer tempo. Por conseguinte, a União pode e deve ser provocada a propor alterações no padrão de integralidade, de tal sorte que a Subcomissão estabeleceu que **são legitimados a propor alterações no padrão de integralidade:**

- ✓ todos os entes federativos;
- ✓ o Conselho Nacional de Saúde;
- ✓ o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde;
- ✓ o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde;
- ✓ o Conselho Federal de Medicina;
- ✓ o Conselho Federal de Odontologia;
- ✓ o Conselho Federal de Enfermagem;
- ✓ o Conselho Nacional de Farmácia.

Os legitimados apresentarão documentos – e, se cabível, amostras de produtos – com informações necessárias de evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, a efetividade e a segurança das ações e serviços de saúde preventivos, diagnósticos, terapêuticos, de promoção e manutenção da saúde, medicamentos e produtos de interesse para a saúde, acatadas pelo órgão competente para o registro ou autorização de uso. Igualmente, apresentarão avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive, no que se refere ao atendimento domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.

Dessa feita, a alteração do padrão de integralidade será efetuada mediante a **instauração de processo administrativo**, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados da data em que for protocolado o pedido, admitida a prorrogação por 90 (noventa) dias corridos. Durante o processo administrativo realizar-se-á consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de



Tecnologia e Insumos no SUS<sup>7</sup> e a realização de audiência pública, antes de tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

Portanto, bastante oportuno fazer um resumo pontual apenas dos tópicos chaves sobre como e porque o princípio da integralidade conforma a organização e o funcionamento do SUS.

- ✓Do princípio da integralidade se alcança o padrão de integralidade;
- ✓O padrão de integralidade é base central para definição da organização e planejamento sanitário;
- ✓O padrão de integralidade é definido por todos os entes federados, que assumem responsabilidades;
- ✓O padrão de integralidade integra as relações intergovernamentais;
- ✓O padrão de integralidade fortalece o sistema de financiamento do SUS;
- ✓O padrão de integralidade é histórico e, por isso, dinâmico no tempo.

### 7.2.2 Da universalidade

A saúde é direito de todos e de acesso universal (art. 196 da Constituição). A Lei nº 8.080, de 1990, repete o preceito constitucional ao estabelecer como princípio a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (art. 7º, I). **Para fins de direito** e no exercício da cidadania, o acesso às ações e serviços de saúde sempre serão universais. **Sob o ponto de vista do planejamento** das ações e dos serviços de saúde é aconselhável identificar quem são os usuários do sistema. Esclareça-se: a identificação dos indivíduos e dos grupos sociais que são e serão atendidos por ações e serviços públicos é ponto basilar para a estruturação de uma política pública, uma vez que, por um lado, conhecer-se-á mais e melhor a heterogeneidade das necessidades; as premências; e quais as medidas profiláticas que devem ser adotadas, e, por outro lado, facilitar-se-á a cooperação

---

<sup>7</sup> Vide tópico específico sobre o tema para saber a função e composição dessa Comissão, no item “sistema de governança intergovernamental”.



e coordenação intergovernamental para assegurar efetivo acesso universal, pois haveria possibilidade de se quantificar as ações e os serviços, metrificar os equipamentos, fazer uma distribuição racional dos estabelecimentos e da alocação de recursos e de pessoal, entre outras ações.

Logo, deve-se entender o princípio da universalidade sob dois prismas. Para fins de direito e exercício da cidadania, o acesso é universal, igualitário e equânime, como preceituado na constituição e na lei orgânica do SUS. Trata-se da faceta ética do princípio da universalidade. Por sua vez, para fins de planejamento sanitário, de conformação e organização do sistema os usuários do SUS devem ser identificados.

Identificar os usuários do SUS não significa negar-lhes acesso, pelo contrário, significa requisito necessário para um **planejamento sanitário** que tenha como foco a qualidade, eficiência, efetividade e eficácia do sistema. O princípio da universalidade não se satisfaz com o simples acesso. Isto configura em mero verniz de legalidade. Saber a quem os serviços de saúde serão prestados é viabilizar outros substratos que regem o sistema de saúde: o princípio da descentralização e o suporte financeiro para os entes federados.

Valiosa a seguinte hipótese: a resposta à pergunta “a quem o SUS atende?” é mais complexo do que a refutação “a todos”. Quem são “todos”? Toda “a população”. Mas “qual população?” Pelo princípio da descentralização, a resposta será os residentes em determinado município, ou os munícipes, até porque o sinônimo de descentralização é execução de ações e serviços de saúde pelos municípios. Entretanto, sabe-se que diversos municípios brasileiros atendem indivíduos que não são residentes em sua circunscrição. E outros sequer atendem, satisfatoriamente, a sua própria população residente. Apesar disso, o princípio da universalidade determina que todo e qualquer indivíduo, residente ou não naquele município, que comparecer ao SUS deve ser atendido. O posto do SUS desse município deve está preparado para o atendimento, por isso o ente federado deve saber quais são os seus usuários e o que será prestado a título de ações e serviços de saúde. E isso requer:

✓ Planejamento sanitário;

✓ Definição do objeto de saúde a ser ofertado;



- ✓Segurança financeira para efetivação das ações e prestação dos serviços;
- ✓Evitar incertezas da judicialização da saúde, sob o ponto de vista da desorganização do sistema e do orçamento público.

Em que pese essa identificação, repita-se, ela **não significa negar ou tolher atendimento universal**, mas tão somente planejar mais e melhor as ações e serviços de saúde que serão ofertados, inclusive com **forte impacto para o financiamento do SUS**, haja vista que a identificação dos usuários do SUS desempenha papel fundamental na construção e implementação do anteriormente mencionado ressarcimento presumido.

É importante observar que a Subcomissão do SUS consignou de modo inequívoco a garantia constitucional do acesso universal ao SUS. E por isso vetou aos estabelecimentos próprios do SUS e às instituições vinculadas ao SUS, em qualquer nível de governo, **negar atendimento, inquirir e investigar, por qualquer meio, se o cidadão ou grupo que procura atendimento na rede possui ou não plano de saúde ou seguro de assistência à saúde**, sob pena do **agente sujeitar-se à punição da Lei de Improbidade Administrativa**, no caso específico, incidirá no art. 11, inciso I da Lei nº 8.429, de 1992.

Portanto, oportuno **detalhar as propostas e teses referentes à universalidade do acesso**.

#### 7.2.2.1 Da universalidade de acesso

Primeiro aspecto a ser considerado, determina a proposta da Subcomissão do SUS: é assegurado à universalidade de acesso às ações, serviços, tecnologia e insumos oferecidos pelo SUS dentro padrão de integralidade de atenção à saúde, conforme garantia constitucional. A segurança e certeza desse acesso são definidos, assegurados e regulados por meio do Sistema Nacional de Garantia de Acesso<sup>8</sup> – o acesso universal e igualitário às

<sup>8</sup> Logo a seguir, explica-se o conceito, objeto e finalidade dessa entidade.



ações e serviços de saúde no SUS se dá pela porta de entrada estabelecida por meio da rede federativa de serviços de saúde<sup>9</sup>.

Além disso, para evitar equívocos e harmonizar o conjunto dos princípios que informam o SUS, a Subcomissão ainda prescreve em sua proposta que se considera atenção à saúde o conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento integral das necessidades individuais e coletivas de saúde da população, de acordo com o padrão de integralidade, produzidos e distribuídos em rede federativa de serviços de saúde.

Vale salientar que a proposta da Subcomissão acentua de modo inequívoco que **para fins exclusivamente de planejamento sanitário**, considera-se população usuária (PU) a diferença entre a população total em determinado território (PT) e a população usuária de planos e seguros de assistência à saúde neste território (PUPS), acrescida da população referenciada nesse mesmo território (PR), definida pela seguinte equação:

$PU = PT - PUPS + PR$ <p>Onde:</p> <p>PU – população usuária</p> <p>PT – população total em determinado território</p> <p>PUPS – população usuária de planos e seguros privados de assistência à saúde;</p> <p>PR – população referenciada.</p>
---

É evidente que essa fórmula não viola o princípio da universalidade de acesso, tampouco o princípio da igualdade. Ela tem relação direta com construção do **ressarcimento presumido**, consoante visto anteriormente, e principalmente com a imperiosa necessidade de utilizar o **conceito de território para fins de planejamento sanitário**. O uso deste conceito para planejar as ações e prestações de serviços de saúde extrapola o perímetro de ação do ente federado demarcado tão somente pelo critério jurídico, que resta ser comprovadamente insuficiente para a efetiva garantia de acesso universal.

<sup>9</sup> O tópico rede é objeto específico neste relatório.



Conquanto a mencionada equação de planejamento sanitário toque em dois aspectos que estejam relacionados, para melhor entendimento, as explicações serão separadas.

#### **7.2.2.2 Do ressarcimento presumido**

A despeito de o tema ter sido abordado anteriormente, mister se faz dizer que o Ministério da Saúde – MS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS disponibilizarão para estados, Distrito Federal e municípios o total da população usuária de planos e seguros de assistência à saúde (PUPS) por estado, Município e região, a fim de que estados, Distrito Federal e municípios possam considerar tais dados em seu planejamento sanitário, e assim pactuarem a responsabilidade sanitária.

E sempre é bom frisar: a diferença entre população usuária (PU) e população total (PT), esta formada pela população residente (PRes) e a população referenciada em determinado território (PR), não é óbice para o acesso universal no Sistema Único de Saúde – SUS, vedado aos estabelecimentos próprios do SUS e às instituições vinculadas ao SUS, em qualquer nível de governo, negar atendimento, inquirir e investigar, por qualquer meio, se o cidadão ou grupo que procura atendimento na rede possui ou não plano de saúde ou seguro de assistência à saúde, sob pena do agente incidir na Lei de Improbidade Administrativa.

#### **7.2.2.3 Do conceito de população referenciada para fins de uso do conceito de território quando do planejamento sanitário**

No que tange o conceito de território para fins de planejamento sanitário, a instância governamental irá se adequar a objetividade e mobilidade real dos indivíduos e dos coletivos que buscam ações e serviços de saúde. O uso do critério “habitantes” para definição das ações e prestação dos serviços de saúde nem é capaz de identificar os efetivos usuários do sistema naquela específica localidade, nem de garantir a efetividade da garantia de acesso universal e igualitário. A tese defendida neste relatório diz respeito ao uso da categoria **população referenciada**. Esta seria a categoria, de fato e de direito,





capaz de produzir um planejamento sanitário que garante acesso universal e igualitário, porque é objetivamente mensurável e proporcionalmente limpa para o setor saúde, justamente por representar a população que usa o SUS.

Assim, o relatório considera **população referenciada** como aquela população circulante dentro de determinado município que, muito embora não residente neste município, tem como referência e utiliza os estabelecimentos, os recursos humanos, os insumos, as ações e serviços de saúde deste município, devendo, portanto, ser mensurada para fins de elaboração do planejamento sanitário utilizando-se como critério para definição de território.

Ademais, percebe-se que o conceito de população referenciada é dinâmico, situa-se em dado contexto social, de maneira que será **revisto** periodicamente e deve ser fruto de **acordo entre estado e respectivos municípios** no Conselho Estadual de Gestão do SUS.

É de bom alvitre que a finalidade do uso daquele conceito é a sua maior representação para com a realidade, e assim assegurar acesso universal e igualitário. Logo, o conceito ampliado de território – para além das circunscrições jurídicas – indica novos parâmetros para as instâncias governamentais elaborarem e pactuarem a **programação de ações e serviços de saúde**, as **diretrizes para a descentralização** e o **mapa sanitário**.

O corolário imediato é que não só a instância governamental municipal, mas também os outros entes governamentais irão **adotar o conceito ampliado de território na celebração do pacto da responsabilidade sanitária e do contrato de ação pública** no setor saúde. E neste contrato, obrigatoriamente, eles disciplinarão cláusulas e regras sobre complementaridade, alocação de recurso, distribuição espacial de equipamentos e estabelecimentos, entre outras matérias.

O gestor do SUS, tendo anteriormente pactuado o padrão de integralidade e identificado os usuários do seu sistema de saúde, estará efetivamente garantindo acesso ao SUS. E não é só, ao identificar os usuários do sistema o gestor municipal do SUS estará de fato e de direito credenciado a



**exigir a complementaridade dos estados e da União**<sup>10</sup>, afinal de contas todos são gestores do SUS e responsáveis pelo padrão de integralidade e de acesso universal.

Verifica-se, então, que como a identificação dos usuários do SUS é para fins de planejamento sanitário, outros desdobramentos surgem necessariamente, por exemplo, melhores **relações e cooperação intergovernamentais, assunção de responsabilidades sanitárias e alocações de recursos** para ações e serviços de saúde. O sistema torna-se racional, funcional, eficaz, eficiente, efetivo e interativo com o meio. Não há aqui um mero formalismo cartorial em descentralizar um extinto órgão, ou uma extinta rede de atendimento, ou uma extinta forma de repasse de recursos e de contratação de serviços de saúde. Vê-se que a descentralização conjugada com os princípios da integralidade e da universalidade de acesso implica no atendimento do direito à saúde sobre o prisma: o que será ofertado, a quem, naquele determinado local.

A viabilização prática dos princípios da integralidade e do acesso universal e igualitário, então, requer a identificação clara do objeto do SUS: o cidadão tomado individual e coletivamente. O cidadão a que nos referimos é o cidadão brasileiro que reside em qualquer lugar da federação e que, independente do seu endereço residencial – descentralização, é portador do direito à saúde, que deverá ser assegurado em qualquer lugar do Brasil – padrão de integralidade e direito ao acesso. Conseqüentemente, quando se fala em garantia de direito à saúde, para fins de planejamento sanitário, se está a falar do universo de brasileiros que prevalecem numa dada unidade territorial como usuários do SUS, seja um estado, região ou município.

Vê-se, claramente, a distinção entre os usuários para fins de direito – todos os cidadãos brasileiros, e para fins de planejamento – população referenciada para fins de compor o sistema de ações e prestações de serviços de saúde. Portanto, é importante fazer um resumo pontual dos tópicos chaves do princípio da universalidade e sobre como e porque ele conforma a organização e

---

<sup>10</sup> Posteriormente, quando o tema for relações interfederativas, particularmente sobre responsabilidade sanitária e contrato de ação pública, serão expostas as hipóteses judiciais e administrativas de sanção e para que municípios possam exigir e previamente retirar recursos da União ou dos estados, nos casos desses entes faltarem com recursos para com o setor saúde.



funcionamento do SUS. E para que não paire dúvidas, o encadeamento é o seguinte:

- ✓ Para fins de planejamento sanitário, há identificação da população referenciada;
- ✓ A população referenciada é definida entre o estado e os municípios, podendo ser entre municípios que formam uma região e o estado, mediante acordo;
- ✓ Há periodicidade de revisão da identificação dos usuários, justamente para que a população referenciada possa sempre corresponder à realidade dos usuários do SUS;
- ✓ Devem-se considerar os usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde quando do planejamento sanitário;
- ✓ Diante do padrão de integralidade e da população referenciada é possível a estruturação do planejamento de ações e serviços de saúde; das diretrizes para a descentralização e a elaboração do mapa sanitário<sup>11</sup>;
- ✓ Por seu turno, uma vez incorporado o padrão de integralidade e o princípio da universalidade, bem como elaborados a programação de ações e serviços de saúde, as diretrizes para a descentralização e o mapa sanitário, os entes federados assumem cada um a sua respectiva responsabilidade sanitária por meio de contrato de ação pública<sup>12</sup>;
- ✓ Apesar da responsabilidade sanitária e do contrato de ação pública, é importante a instituição do Sistema Nacional de Garantia de Acesso e do Sistema Nacional de Monitoramento e Avaliação<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Posteriormente, quando o tema for planejamento sanitário, mapa sanitário e critérios para a descentralização, serão expostos os detalhes de cada um desses institutos jurídicos.

<sup>12</sup> Responsabilidade sanitária e contrato de ação pública são tratados a seguir. Vide nota anterior.

<sup>13</sup> Sistema de Garantia de Acesso e Sistema de Monitoramento e Avaliação são tratados a seguir, vide nota anterior.



Torna-se imperioso a edição de medidas, ações e proposições que possibilite um Sistema de Governança Intergovernamental, mediante o qual se poderá desdobrar o **planejamento sanitário**, a elaboração das **diretrizes para a descentralização** e o **mapa sanitário**, elementos que orientam as definições das **responsabilidades sanitárias dos entes federados**, que serão firmadas em **contrato de ação pública**. O conjunto dessas regras deve ser assegurado por meio de um **Sistema de Garantia de Acesso** e de um **Sistema de Avaliação e Monitoramento**. Todos esses aspectos serão detalhados nos tópicos e subtópicos a seguir.

### **7.3 Reforma do SUS Constitucional: Sistema de Governança Intergovernamental**

#### **7.3.1 Federalismo, governança, cooperação e coordenação intergovernamental**

A devida compreensão do que adiante é exposto dependerá da clareza com que se identifique a simples definição de **governança** e, principalmente e com mais ênfase, a idéia de **cooperação e coordenação intergovernamental**.

**Quanto ao conceito de governança**, o relatório adota uma compreensão ampliada e generalista<sup>14</sup>, entendendo-a como a outra face do processo de governabilidade, isto é, como os aspectos adjetivos e instrumentais da governabilidade. Esta se refere às próprias condições substantivas e materiais do exercício do poder e de legitimidade do Estado. Nota-se que a governança seria, grosso modo, o aparelho administrativo do Estado. O braço operacional do Estado para fazer funcionar as políticas públicas. Neste contexto, adentram as capacidades de comando, coordenação, intervenção e implementação. Mas ela não é só instrumento e meio operacional, deve-se considerar a participação social, a inclusão social e a transparência da ação do Estado, incluído o conceito de “accountability” enquanto reforço da prestação de contas e cobrança por parte dos usuários dos serviços públicos.

---

<sup>14</sup> Como a maior parte dos conceitos de ciência política, governança e governabilidade não possuem uma definição muito clara e precisa, variando de autor para autor, com ênfase na ideologia e a um ou outro elemento que se queira destacar. (ARAÚJO, 2002).



À título ilustrativo, o quadro abaixo noticia os principais conceitos e características de governança e governabilidade, de modo que os conceitos mantêm em si laços de pertinência e complementaridade.

QUADRO 2

Autores	Governabilidade	Governança	Traços Distintivos
Bresser Pereira	Capacidade de governar derivada da relação de legitimidade do Estado e de seu governo com a sociedade.	Capacidade financeira, gerencial de formular e implantar políticas públicas.	Ênfase na governança. Entende a governabilidade como garantida por meio do processo de redemocratização
Eli Diniz	Condições sistêmicas do exercício do poder do Estado e seu governo em uma determinada sociedade	Capacidade de ação do Estado na formulação e implementação de políticas públicas e consecução das metas coletivas	Ênfase da conexão da temática com a reforma do Estado, institucionalização da democracia e, em especial, com o incremento da participação dos cidadãos.

Fonte: Extraído, com adaptações, de ARAÚJO (2002)

**No que tange a compreensão de cooperação e coordenação intergovernamental** sabe-se que a atuação dos entes federados brasileiros no campo da saúde deverá ser mais de uma federação cooperativa<sup>15</sup> do que de uma federação compartimentalizada e de pouco entrelaçamento, justamente em face das peculiaridades determinantes impostas pela Constituição – formação de um sistema único de saúde.

Resenhando Abrucio (205, 207, 2010), o termo federal significa **pacto**. Em essência, um arranjo federal é uma **parceria, estabelecida e regulada por um pacto**, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da

<sup>15</sup> Utiliza-se a terminologia utilizada pela literatura especializada (ABRÚCIO, 2005, 2007, 2010; ARRETCHE, 2002; BJÖRKMAN, 2005) resenhando o assunto. Entende-se que a federação cooperativa comporta graus diversos de intervenção do poder federal e se caracteriza por formas de ação conjunta entre instâncias de governo, nas quais as unidades subnacionais guardam significativa autonomia decisória e capacidade própria de financiamento.



277F6C0F34

integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles. Então, federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial – constitucionalmente definida e assegurada – de poder e autoridade entre instâncias de governo, de tal forma que os governos nacional e subnacionais são **independentes** em sua esfera própria de ação, mas **interdependente** em relação ao todo orgânico e único que forma o Estado. Caracteriza-se pela não centralização, isto é, pela **difusão dos poderes de governo entre muitos centros**, nos quais a autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular.

Vê-se que o poder é compartilhado, o que exige uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência. Esta, por sua vez, não pode ser alcançada pela ação impositiva e piramidal de um governo central, tal qual em um Estado unitário. No caso dos sistemas federais, em que vigora o poder compartilhado, constituiu-se um processo negociado e extenso de “shared decision making” – **compartilhamento de decisões e responsabilidades**. Nessa ocasião, a interdependência enfrenta o problema da **coordenação** das ações de níveis de governo autônomos, aspecto-chave para entender a produção de políticas públicas em uma estrutura federativa contemporânea. No caso, peça fundamental para compreender o SUS – e a produção de saúde do sistema público brasileiro.

Assim, no federalismo as ações governamentais são divididas entre unidades políticas autônomas, as quais, porém, têm cada vez mais interconexão, devido à nacionalização dos programas e mesmo da fragilidade financeira ou administrativa de governos locais e/ou regiões. O dilema do “shared decision making” surge porque é preciso **compartilhar políticas entre entes federativos** que, por natureza, só entram nesse esquema conjunto se assim o desejarem. Desse modo, a montagem de políticas que assegurem direitos sociais por meio de ações e intervenções estatais – como no caso do direito à saúde – nos países federativos é bem mais complexa, uma vez que **requer jogos de cooperação**, acordos, competição, vetos e decisões conjuntas entre os níveis de governo. O desafio posto por essa questão foi bem resumido da seguinte maneira:



No federalismo, dada a divisão de poderes entre os entes, as iniciativas políticas são altamente interdependentes, mas são, de modo freqüente, modestamente coordenadas. Para garantir a coordenação entre os níveis de governo, as federações devem equilibrar as formas de cooperação e competição existentes. Mais do que um simples cabo de guerra, as relações intergovernamentais requerem uma complexa mistura de competição, cooperação e acomodação. (ABRUCIO 2010, p. 181)

Os quadros abaixo resumem os aspectos relativos às vantagens e desvantagens da cooperação e da competição enquanto instrumentos da governança intergovernamental federativa, conforme expostos na literatura especializada.

QUADRO 3

Importância da Cooperação	Problemas da Cooperação Mal-dosada
Otimizar a utilização de recursos comuns, como nas questões de vigilância sanitária ou problemas de ação coletiva que cobrem mais de uma jurisdição.	Cooperação confunde-se com a verticalização, resultando mais em subordinação do que em parceria, como muitas vezes já aconteceu na realidade latino-americana, de forte tradição centralizadora.
Auxiliar governos menos capacitados ou mais pobres a realizarem determinadas tarefas e para integrar melhor o conjunto de políticas públicas compartilhadas, evitando o “jogo de empurra” entre os entes.	Armadilha da decisão conjunta: Todas as decisões são o máximo possível compartilhadas dependem da anuência de praticamente todos os atores federativos. Sem desmerecer os ganhos de racionalidade administrativa, tende-se à uniformização das políticas, processo que pode diminuir o ímpeto inovador dos níveis de governo, enfraquecer os “checks and balances” intergovernamentais e dificultar a responsabilização da administração pública.
Para combater comportamentos financeiros predatórios, que repassam custos de um ente à nação, como também na distribuição de informação sobre as fórmulas administrativas bem-sucedidas, incentivando o associativismo intergovernamental.	
Não se pode esquecer, também, que o modelo cooperativo contribui para elevar a esperança quanto à simetria entre os entes territoriais, fator fundamental para o equilíbrio de uma federação.	

Fonte: Elaborado com base na análise de Abrucio (2005 e 2010)

QUADRO 4

Importância da Competição	Problemas da Competição Mal-dosada
---------------------------	------------------------------------



277F6C0F34

Controles mútuos como instrumentos contra a dominância de um nível de governo sobre os demais.	Excesso de concorrência, que afeta a solidariedade entre as partes, ponto fulcral do equilíbrio federativo.
Favorecimento a busca pela inovação e pelo melhor desempenho das gestões locais, já que os eleitores podem comparar o desempenho dos vários governantes – uma das vantagens de ter-se uma multiplicidade de governos.	Quanto mais heterogêneo é um país, em termos socioculturais ou sócioeconômicos, mais complicada é a adoção única e exclusiva da visão competitiva do federalismo. Países como a Índia, o Brasil ou a Rússia devem por sua natureza evitar uma disputa desregrada entre os entes.
A concorrência e a independência dos níveis de governo tendem a evitar os excessos contidos na “armadilha da decisão conjunta”, bem como o paternalismo e o parasitismo causados por certa dependência em relação às esferas superiores de poder.	A competição em prol da inovação também pode ter efeitos negativos no terreno das políticas sociais. Conforme demonstrou Paul Peterson (1995) sobre a experiência dos governos estaduais norte-americanos. O autor percebeu o dilema: os cidadãos “votam com os pés”, ou seja, podem escolher o lugar que otimize melhor a relação entre carga tributária e políticas públicas. Diante disso, os estados ficaram entre duas opções, ou forneciam um cardápio amplo de proteção social, tendo como efeito um “Welfare magnets” – imãs de bem-estar, com isso, mais pessoas, sobretudo as mais pobres, morariam nesses lugares, aumentando os gastos públicos e, em tese, diminuindo a competitividade econômica daquele lugar. Ou ao contrário, os governadores deveriam constituir uma estrutura mínima de prestação de serviços públicos e baixar os impostos, reduzindo com isso a afluência dos mais pobres àquela região e, novamente em tese, elevando a competitividade econômica e a oferta de emprego do ente federativo que optasse por esta via – é o que Peterson denomina “race to the bottom” – Corrida para o Fundo. Entre o efeito de “Welfare magnets” e o “Race to the bottom”, muitos governadores nos EUA estão escolhendo a segunda opção, de modo que o aumento da competição vem acompanhado da redução de políticas de combate à desigualdade, de modo que a má-dosagem do modelo competitivo agrava a questão redistributiva <sup>16</sup> .

Fonte: Elaborado com base na análise de Abrucio (2005 e 2010)

Logo, quando se fala em cooperação intergovernamental se está a tratar da instauração de **mecanismos de parceria** que disponham de um **espaço público** para que os entes federativos possam pactuar ações, regras,

<sup>16</sup> Escapa ao objeto deste relatório a análise da chamada “guerra fiscal” no Brasil, a perda ou ganho de receita oriunda dessa política, a capacidade de intervenção do Estado e a questão redistributiva.



277F6C0F34



metas, entre outras. Assim sendo, geralmente são apresentados os seguintes **instrumentos de coordenação federativa**:

- ✓ Regras legais que obriguem os entes federados a compartilhar decisões e tarefas, definição de competências no terreno da política pública, por exemplo.
- ✓ Além disso, podem existir fóruns federativos, com a participação dos próprios entes, ou que eles possam acioná-los na defesa de seus direitos.
- ✓ A construção de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação no plano intergovernamental.
- ✓ A forma de funcionamento das instituições representativas, tais como os partidos e o Parlamento, pode favorecer certos resultados intergovernamentais.
- ✓ O governo federal também pode ter um papel coordenador e/ou indutor. Por um lado, porque em vários países os governos subnacionais têm problemas financeiros e administrativos que dificultam a assunção de encargos. Por outro, porque o governo federal tem por vezes a capacidade de arbitrar conflitos políticos e de jurisdição, além de incentivar a atuação conjunta e articulada entre os níveis de governo no terreno das políticas públicas.

No caso do sistema de saúde brasileiro, **o relatório propõe** como **instrumentos de cooperação intergovernamental**, entre outros: acordo para a elaboração de programações gerais de ações e serviços de saúde, as diretrizes para descentralização, o mapa sanitário, a responsabilidade sanitária, e, concretamente, o próprio contrato de ação pública.

Além disso, o **relatório propõe** como **espaço público** para que esses mecanismos atuem, entre outros: os Conselhos nacionais e estaduais de Gestão do SUS, Comissão de Interlocação e Apoio ao Sistema Judicial, bem como os Conselhos e entes do sistema de garantia de acesso e de avaliação e monitoramento.



277F6C0F34

Aqueles instrumentos e esses espaços públicos perfazem um **sistema de governança**, essencial para o funcionamento **ético, eficaz e eficiente do SUS**. E se diga de passagem, vários desses mecanismos e espaços não são novos no sistema de saúde, pois estão postos e disponíveis a um bom tempo – ainda que de modo eclético e vulgarizado, sem uma concepção de governança<sup>17</sup>. Por sua vez, sabe-se que eles são informais, não vinculam e nem responsabilizam os entes federados e sequer contam com um marco legal regulatório que dê segurança e clareza acerca das regras da política e das atribuições de cada nível de governo para efetivar o direito à saúde. A Subcomissão propõe um sistema de governança para o SUS, **aperfeiçoando e completando** os instrumentos e o espaço público para a cooperação intergovernamental.

### **7.3.2 Retrospectiva do quadro institucional da cooperação e coordenação intergovernamental do SUS**

Um alerta inicial: é importante retomar um dos objetos de discussão das reuniões de trabalho do dia 30 de maio de 2011 – sistema de governança intergovernamental e modelo de acordo entre os entes – por meio da apresentação do debate com a representante do CONASS, dos representantes do Departamento de Articulação e Inovação Institucional da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Coordenadora-Geral de Contratualização Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP e do representante da ouvidoria do SUS, sem que isso signifique novamente a transcrição daquelas audiências. Tratam-se das questões sobre instâncias e órgãos de governança entre os entes federados e o modelo de acordo entre eles, de modo a fazer um retrospecto da construção desses elementos no bojo do SUS<sup>18</sup>. Daí se entenderá mais e melhor a proposta da Subcomissão.

---

<sup>17</sup> Vide introdução deste capítulo, referente aos pressupostos das teses e propostas da Subcomissão do SUS, a saber: harmonizar e organizar o acúmulo de conhecimento histórico que permite o avanço do SUS, respeitando o que de positivo está posto.

<sup>18</sup> Novamente se utilizará de resenha e de transcrição direta da literatura técnica especializada, Piola et al (2008); Abrucio (205, 207, 2010), Arretche (2002).



Como é do conhecimento geral, o arcabouço jurídico do SUS estabelece o exercício da **direção do sistema de saúde** por um **único órgão central em cada esfera** – Ministério da Saúde, no plano federal, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos estados e municípios, respectivamente. Este aspecto mostrou-se crítico para que pudessem ser implementados os demais princípios orientadores do novo sistema, inviáveis caso persistisse a lógica de múltiplas redes públicas de atendimento – separadas, não integradas e não complementares –, como era regra até então. Assim, cada uma das instâncias gestoras passou a apresentar atribuições mais bem definidas, conforme o disposto na já mencionada Lei Orgânica do SUS. De acordo com as disposições legais, compete:

- ✓ À esfera federal, a formulação da política nacional de saúde; a regulação nacional do SUS; a elaboração de normas técnicas; o financiamento e cooperação técnica com estados e municípios; a regulação da relação público privado; a regulação de padrões e registro de produtos destinados à assistência médico-hospitalar e de bens de consumo que se relacionam com a saúde; coordenação nacional do sistema de informações; o acompanhamento e avaliação das tendências da situação sanitária nacional e do desempenho do sistema nacional de saúde; apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico e ao de recursos humanos; regulação de aspectos éticos de pesquisas e articulação intersetorial no plano federal.
- ✓ À esfera estadual, a formulação da política estadual de saúde; o planejamento, a coordenação e o estabelecimento de modelos de atenção à saúde; a supervisão, financiamento e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde; a coordenação de redes de serviços especializados e a responsabilidade pelo desenvolvimento de recursos humanos; e



- ✓ À instância municipal, a formulação da política local, o planejamento, contratação – quando for o caso; avaliação e controle dos estabelecimentos de saúde e a execução direta dos serviços.

Destaque-se, o município é o único ente federativo com a competência constitucional explícita (art. 30, VII) para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Nesse contexto em que União, estados e municípios são entes federativos politicamente autônomos e sem vinculação hierárquica, mas que devem constituir e desempenhar o direito à saúde, fez surgir um arranjo federativo em que as atribuições de cada ente passaram a implicar debates, pactos e ajustes contínuos entre as três esferas de governo. Foi assim criado um **fórum** – espaço público – de negociação com representação dos órgãos gestores dessas três esferas, formalizada em 1993 como a **Comissão Intergestores Tripartite** (CIT), responsável pela definição das normas relativas às relações entre as esferas de governo e aos instrumentos para a sua operacionalização, especialmente no que se refere a aspectos da organização do sistema de saúde e critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as instâncias subnacionais de governo. Em âmbito estadual, papel similar é cumprido pela **Comissão Intergestores Bipartite** (CIB), que reúne gestores municipais e estaduais e se encarrega da apreciação e da aprovação dos projetos para habilitação à gestão do sistema municipal de saúde e dos planos de atenção básica. Nota-se, portanto, que a implementação do SUS desde a sua criação, por via da Constituição de 1988, tem ocorrido mediante um processo de crescente articulação e pactuação entre as três esferas de governo.

Assim, as **Normas Operacionais Básicas** (NOBs) datadas de 1991, 1992, 1993 e 1996, publicadas em portarias do Ministério da Saúde, foram instrumentos fundamentais para a estruturação e o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais dos órgãos gestores nas três esferas de governo. Utilizava-se de critérios e mecanismos de transferência dos recursos federais para as demais esferas como indutores da reorganização do SUS – na medida em que atuavam como redefinidores da repartição de atribuições e



competências e do grau de autonomia/capacidade gestora de cada estado e município, no que se referia à saúde<sup>19</sup>.

As NOBs de 1991 e 1992, bastante parecidas, inauguraram a metodologia de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais, principalmente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Isso era feito por meio de cláusulas que condicionavam a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a serem transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, mas exigido pela Lei no 8.142/1990, da existência de planos, fundos e conselhos de saúde. Houve um favorecimento da relação direta entre o nível federal e os municípios, com perda da função articuladora do nível estadual. Esta redução do papel dos estados no arranjo federativo do SUS será danosa para o sistema, seja por inércia ou articulação inepta por parte dos estados para com o SUS, salvo exceções.

Nesse período foram estabelecidos tetos físicos e financeiros para a assistência hospitalar e ambulatorial, que levaram a uma maior racionalização dos gastos, difusão de sistemas de informação e controle de pagamentos, padronização e uniformização dos pagamentos efetuados. Contudo, não se avançou na efetiva descentralização da gestão dos recursos, com as esferas nacionais sendo tratadas como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais. (UGÁ et al., 2003).

A formulação da NOB SUS 01/1993 foi marcada pelo avanço efetivo da municipalização e do crescente envolvimento dos secretários municipais de saúde no direcionamento da política de saúde e apoiou-se nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi “Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho”. A referida NOB implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, criando a figura da “transferência fundo a fundo”, que prevê

---

<sup>19</sup> Utiliza-se diretamente do texto de Piola e outros (2008) para narrar a história das NOBs, NOAs e Pacto pela Saúde, no sentido de contar o processo de descentralização do SUS.



o repasse de recursos sem necessidade de convênios<sup>20</sup>. Criou também níveis de gestão municipal e estadual – incipiente, parcial e semiplena – com competências e capacidades administrativas e financeiras distintas. A ascendência aos níveis de gestão se dava de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma. Nessa norma, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi citada pela primeira vez como uma entidade formal do SUS, embora já funcionasse anteriormente como órgão assessor, e foi determinada a criação das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) no âmbito de todos os estados, como já aludido anteriormente.

Muitas das disposições dessa NOB não chegaram a ser implementadas e as transferências regulares e automáticas que ela propiciou restringiam-se ao custeio de serviços de assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares). A norma levou, no entanto, à exacerbação do movimento no sentido da municipalização da saúde, radicalizando a relação direta entre o nível federal e o municipal, e tornou mais complexa a estruturação sistêmica do SUS, na medida em que não se avançou na implementação das atribuições para os estados, que passaram a disputar recursos e responsabilidades com os municípios, promovendo o aumento da tensão entre essas instâncias gestoras.

**Durante a vigência dessas três NOBs**, em que pesem os problemas apontados, foi ocorrendo de fato a estruturação das secretarias de saúde e a inclusão de novos protagonistas – gestores e conselheiros – na definição das políticas de saúde. Assim é que o processo de negociação e formulação da NOB 1996 demorou aproximadamente um ano até sua edição final por meio da Portaria no 2.202, de 5 de novembro de 1996. Nos doze meses seguintes, múltiplas portarias setoriais do Ministério da Saúde alteraram profundamente suas determinações. Apesar disso, muitos dos seus objetivos foram contemplados, destacando-se:

- ✓ O resgate do conceito mais amplo de saúde, envolvendo todas as ações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde;

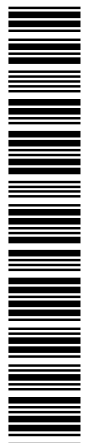
---

<sup>20</sup> Vide Decreto no 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República.



- ✓A definição de atribuições mais claras para os estados e previsão de financiamento para sua execução;
- ✓O fortalecimento da CIT e das CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores, e criação de instrumentos para uma gestão mais compartilhada por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- ✓O aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- ✓Criou a figura da “gestão plena do sistema”, que conferia total autonomia a estados e municípios no gerenciamento do sistema de saúde como um todo, em seu território, aí incluída a prestação de serviços médico-assistenciais.
- ✓Criou também a condição de “gestor pleno da atenção básica” o que possibilitou que muitos municípios se habilitassem a essa forma de gestão.
- ✓Criou o Piso de Atenção Básica (PAB) e toda a política de incentivos a atividades estratégicas, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, o que permitiu um grande incremento dessas estratégias.

Como um desdobramento da NOB 1996, em 1999 as unidades assistenciais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e os recursos federais destinados à epidemiologia e ao controle das doenças infecciosas e parasitárias foram também descentralizados, em conformidade com os critérios e determinações da Portaria GM/MS no 1.399. Diferente do ocorrido na assistência à saúde, um processo de estruturação das áreas de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais e municipais de saúde foi ativamente implementado pelo governo federal antes mesmo da publicação da portaria, por meio do Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS (Vigisus). Ao fim do ano 2000 todas as secretarias estaduais de saúde e muitas de municípios



de médio e grande porte estavam certificadas para assumirem as responsabilidades propostas naquela portaria.

Com o aprofundamento da descentralização do sistema de saúde e a insuficiência de recursos financeiros, uma constante na história do SUS, novos problemas passaram a ser identificados, em particular aqueles relacionados a políticas adotadas por municípios de maior porte, de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, assim como muitos municípios assumiram o “jogo do empurra”, por meio de comportamento omissivo de encaminhar seus munícipes para atendimento em outras localidades. Criaram-se as **Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS)** com o fito de enfrentar as questões pertinentes ao acesso aos serviços de saúde, organização e regionalização da rede de serviços.

Assim, as duas Normas Operacionais, NOAS de 2001 e 2002, mantiveram os mecanismos de alocação de recursos, enfatizando as questões relacionadas à garantia de acesso de toda a população, por meio da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso. Mudaram também os critérios para habilitação dos municípios nos diferentes estágios de gestão, vinculando-os à estruturação das micro-regiões de saúde em que estivessem inseridos.

Embora semelhante à Noas 2001, a Noas 2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, ao incluir novas atividades de controle de doença e de assistência, e ao estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios.

Diante do histórico, é possível sintetizar as características comuns presentes nas Normas Operacionais, espécie NOB e NOAS por meio do seguinte quadro.

#### QUADRO 5

Compreensão
-------------



277F6C0F34



Normas operacionais foram instrumentos normativos instituídos por portaria ministerial com o objetivo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUS. Na sua grande maioria, tiveram conteúdo definido de forma pactuada entre MS e representação do CONASS e CONASEMS.

Características	
	Estabeleceram regramentos pouco flexíveis, cujo cumprimento dificilmente poderia ocorrer de imediato ou mesmo no curto prazo em todo o território nacional.
	Na questão do financiamento da descentralização, foram criando inúmeros critérios de repasse provocando uma especialização no uso dos recursos, o que acabava por tirar qualquer flexibilidade na sua gestão local.
	As instruções normativas promoveram discussões avançadas para o período em que foram elaboradas, ao mesmo tempo em que tentavam dar respostas aos problemas percebidos.
	Grande quantidade de suas determinações não foram implementada.
	Propiciaram o amadurecimento dos processos de negociação e pactuação de políticas entre os gestores, e mesmo da estruturação do sistema de saúde, na medida em que, após um período inicial de confusão por ocasião de sua publicação, seguia-se imediatamente outro de discussão e elaboração de instrumentos para a operacionalização efetiva das novas disposições.
	Um terceiro momento envolvia, inevitavelmente, as adaptações do disposto às realidades/possibilidades locais e, principalmente, novas críticas e questionamentos que contribuíam para a elaboração do instrumento normativo subsequente.

Fonte: Elaborado a partir da análise de Piola et al. (2008).

Em 2004, o consenso entre os gestores das três esferas de governo entendia como esgotada a estruturação do SUS por meio de normas operacionais. Foi concebido, então, um **Pacto** entre os níveis de governo, em que deveriam ser respeitadas as diferenças regionais e a avaliação e cobrança se desse com base em resultados. Após longo processo, em 22 de fevereiro de 2006 foi publicado o novo **Pacto pela Saúde**, que abarca três pactos<sup>21</sup>: **Pacto pela Vida**, **Pacto em Defesa do SUS** e **Pacto de Gestão**. Como principais mudanças, podem ser citadas:

- ✓ O desaparecimento da figura da “habilitação” de municípios e estados a alguma condição de gestão;
- ✓ Gestão por adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG);

<sup>21</sup> Portaria GM 399, que aprova as diretrizes operacionais dos Pactos, estes regulamentados pela Portaria GM 699, de 2006.



- ✓O eixo estruturante do processo de descentralização é a regionalização solidária e cooperativa;
- ✓O deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIB em cada estado; e
- ✓O foco é dado aos acordos relativos a diretrizes e processos essenciais ao funcionamento do sistema, enfatizando a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais com amplas possibilidades de adequação às especificidades regionais, sem cobrança de quaisquer requisitos de estrutura, de aferimento cartorial.

No que se refere ao financiamento, as transferências de recursos federais passaram a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado, e ordenadas em cinco grandes blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão, ainda que se mantenham diversos critérios de alocação e de incentivos.

Por fim, esclareça-se que até que as condições estejam dadas para que seja efetivo, seguem valendo algumas das regras das NOAS e até da NOB 96, acrescidas de algumas outras, denominadas “de transição”.

### **7.3.3 Da proposta de gestão intergovernamental do SUS**

#### **7.3.3.1 Esclarecimentos iniciais**

A pedra basilar que sustenta a proposta do relatório para com o aperfeiçoamento da cooperação e coordenação intergovernamental é o **fortalecimento dos fóruns federativos** de discussão e negociação entre os três níveis de governo e a criação de **instrumentos** e **regras** que facilitem e materializem os **acordos intergovernamentais**.

De qualquer modo, **este tópico aborda a proposta de gestão intergovernamental** por meio da institucionalização e definição do marco legal dos fóruns intergovernamentais. Posteriormente, no tópico chamado de



“reestruturação da organização e funcionamento do SUS” serão ventilados os instrumentos e mecanismos para a governança intergovernamental.

É importante perceber que o espaço público, como gestão intergovernamental, e os seus correspondentes instrumentos se conformam embasados pela **integralidade e universalidade de acesso**. Entretanto, esses dois princípios só poderão ser efetivados por via daquele espaço público de gestão e seus instrumentos.

Decerto que o SUS trouxe muitos avanços para a articulação federal brasileira, mas eles ocorreram numa ação nem sempre direta, informal e por vezes fragmentada do Governo Federal junto aos entes subnacionais, bem como dos estados para com os municípios. O aumento da consciência da importância da temática da cooperação e coordenação federativa só ocorrerá com maior sustentabilidade quando instituições como o Conselho de Gestão do SUS e órgãos representativos dos entes federados forem ativados para evitar o reforço perverso da dicotomia entre descentralização e centralização. Ou seja, quando eles estiverem conjugando a descentralização com a integralidade e a garantia de acesso universal.

Dessa forma, esta Subcomissão considera que o SUS deve contar com um **Conselho Nacional de Gestão do SUS** e um **Conselho Estadual de Gestão do SUS**, os quais se reunirão periodicamente para definir e aprovar: o padrão de integralidade, a programação estadual e nacional de ações e serviços de saúde individual e coletiva; a responsabilidade sanitária para celebração do contrato de ação pública; e, entre outras, as portas de entrada no sistema público de saúde – elemento essencial para a constituição de um Sistema de Garantia de Acesso. Vejamos melhor o papel desses conselhos.

### 7.3.3.2. Dos conselhos de gestão do SUS

Os **Conselhos de Gestão do SUS** são órgãos permanentes de cooperação, comunicação, informação das ações e serviços de saúde entre os entes federados. A finalidade é muito clara: promover a coesão do SUS, inclusive por meio de contínuo aprimoramento dos relacionamentos intergovernamentais. E



os pactos celebrados no âmbito dos Conselhos serão formalizados por meio de contrato de ação pública e, em todo e qualquer caso, serão consensuais.

O **Conselho Nacional de Gestão do SUS** é **composto** pela União, representado pelo Ministério da Saúde, pelos estados, podendo ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e pelos Municípios, podendo ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

Tal determinação indica que o Conselho Nacional de Gestão do SUS é a instância colegiada, de âmbito nacional, de negociação e deliberação dos entes federativos para compor a sistema de governança intergovernamental do SUS.

Este relatório acredita que o sistema de governança intergovernamental do SUS é a forma de organizar a produção de ações e serviços de saúde individual e coletiva de modo descentralizado e dotando-a de elementos **político, jurídico e administrativo** que permita aos entes federados, de maneira integrada e compartilhada, **planejar, gerir, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, e transferir recursos e capacidade produtiva, normativa, tecnologia, gerencial, de gestão, de recursos humanos uns aos outros de maneira interdependente, harmônica e isonômica.**

Ademais, o conselho nacional de gestão ficará vinculado ao Ministério da Saúde para **efeitos administrativos e operacionais**. Ao passo que, o conselho estadual de gestão ficará vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, também para efeitos administrativos e operacionais.

Como dito anteriormente, os Conselhos de Gestão do SUS são de âmbito nacional e de âmbito estadual, de tal modo que **competete ao Conselho Nacional de Gestão do SUS:**

- ✓ Definir o padrão de integralidade do SUS, e sua alteração, para homologação no Conselho Nacional de Saúde;
- ✓ Fixar as regras gerais para elaboração da programação de ações e serviços de saúde;
- ✓ Fixar as diretrizes para a descentralização do SUS;



- ✓ Fixar as diretrizes para conformação do mapa sanitário;
- ✓ Pactuar a **responsabilidade sanitária** nacional entre a União, estados e Municípios;
- ✓ Pactuar o contrato de ação pública;
- ✓ Fixar as regras do Selo Vida;
- ✓ Fixar as regras de avaliação e julgamento para qualificar o atendimento em saúde como de referência;
- ✓ Constituir e coordenar as regiões de saúde interestaduais e fronteiriça;
- ✓ Dispor sobre as competências da União, estados, Distrito Federal e municípios, disciplinando as atribuições de cada ente no seu território e na regionalização, respeitadas as competências federativas;
- ✓ Estabelecer os critérios de regulação do Sistema de Garantia de Acesso;
- ✓ Aprovar a regulamentação operacional do Complexo de Gerenciamento e das Centrais de Acesso de âmbito nacional
- ✓ Aprovar a alocação de recursos de acordo com a responsabilidade sanitária;
- ✓ Aprovar a incorporação de novas técnicas, tecnologias, insumos e produtos encaminhados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias;
- ✓ Aprovar as novas portas de entrada e de pontos sistêmicos;
- ✓ Pactuar o Sistema Nacional de Garantia de Acesso;
- ✓ Fixar as regras sobre as ações e serviços de saúde individual e coletiva de referência;



- ✓ Fixar as regras e critérios para marcar o tempo máximo de acesso às prestações e serviços individual e coletiva de saúde;
- ✓ Coordenar aspectos relacionados com ações e serviços de saúde individual e coletiva do Sistema Nacional de Saúde previstos em lei ou que, por sua circunstância e contexto, precisem de uma atuação coordenada de âmbito nacional.

Por seu turno, **competete ao Conselho Estadual de Gestão do SUS:**

- ✓ Definir um padrão de integralidade no âmbito estadual, desde que não inferior ao padrão de integralidade de âmbito nacional;
- ✓ Elaborar a programação estadual de ações e serviços de saúde;
- ✓ Pactuar a responsabilidade sanitária estadual entre estados e Municípios;
- ✓ Constituir e coordenar as regiões de saúde intra-estadual, integração de limites geográficos e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre o estado e os municípios sob sua jurisdição;
- ✓ Pactuar o sistema de garantia de acesso;
- ✓ Coordenar aspectos relacionados com ações e serviços de saúde individual e coletiva do Sistema Estadual de Saúde previsto em lei ou que, por sua circunstância e contexto, precisem de uma atuação coordenada de âmbito estadual.

Acrescente-se que o SUS poderá contar com o **Conselho Regional de Gestão do SUS** para funcionar na sede da região de saúde. Para isso, torna-se necessário que a programação estadual de ações e serviços de saúde individual e coletiva defina a região de saúde<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Tópico “reestruturação da organização e funcionamento do SUS” explicará esses elementos.



Para ratificar tal posicionamento, este relatório dispõe que os Conselhos Regionais de Gestão do SUS são instâncias colegiadas, de âmbito regional, de negociação e deliberação da gestão compartilhada das ações e serviços de saúde regionais, nos aspectos voltados para a integração funcional e operativa dos serviços de promoção, proteção e recuperação na região, observadas as decisões do Conselho Estadual de Gestão do SUS.

O conselho regional terá **atribuição operacional** das ações e serviços de saúde na região, e observará os pactos firmados no Conselho Estadual de Gestão do SUS, podendo:

- ✓ Discutir as necessidades de oferta de serviços de saúde da região, executando a responsabilidade sanitária na forma como pactuado no contrato de ação pública;
- ✓ Suplantar o padrão de integralidade de âmbito nacional, estadual e municipal, se for o caso, enviando para homologação no Conselho Estadual de Gestão do SUS;
- ✓ Propor ao Conselho Estadual de Gestão do SUS as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia de acesso aos usuários da região;
- ✓ Aprovar os consórcios municipais para a prestação das ações e serviços de saúde;
- ✓ Regulamentar os aspectos operacionais da municipalização e regionalização do SUS.

O Conselho Regional de Gestão do SUS será composto por um representante da Secretaria de Estado da Saúde e pelos Secretários de saúde dos municípios integrantes da região de saúde correspondente. E, por paralelismo de forma, esses Conselhos Regionais serão vinculados às Secretárias Municipais de Saúde consideradas sede da região de saúde, no restrito âmbito de apoio administrativo e operacional.

Para que os colegiados regionais funcionem adequadamente, a estrutura gerencial dos entes desconcentrados deve ser muito



277F6C0F34

reforçada em termos de infraestrutura física e de recursos humanos, materiais e financeiros. Sobretudo, há que se garantir a existência de um grupo técnico, responsável por uma microrregião, com conhecimentos e habilidades para planejar, monitorar e avaliar o Plano Microrregional de Saúde e de exercitar as funções de Secretaria-Executiva da Microrregional.

#### **7.3.4 Da comissão de incorporação de tecnologias e insumos**

Oportuno lembrar que o padrão de integralidade é dinâmico, pois reflete a história social de uma Nação. Nesse sentido, ele deverá ser constantemente modificado para sua adequada contextualização<sup>23</sup>. Sob o ponto de vista mais operacional, o relatório consigna que a elaboração da proposta do padrão de integralidade e suas alterações contarão com o assessoramento da **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias e Insumos no SUS**.

Em suma, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS será responsável pela indicação da padronização de incorporação de tecnologia de serviços e insumos para ações e serviços de prevenção, diagnose, e terapêutico.

Ressalte-se que o relatório estabelece que essa comissão conte com a participação de um representante, de notório conhecimento técnico e científico em gestão do SUS, indicado pelos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde<sup>24</sup> e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

O parecer da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS **levará em consideração**, necessariamente:

- ✓As evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, a efetividade e a segurança das ações e serviços de saúde preventivos, diagnósticos, terapêuticos, de promoção e manutenção da saúde, medicamentos e produtos de interesse para a saúde, acatadas pelo órgão competente para o registro ou autorização de uso; e

<sup>23</sup> Vide tópico específico sobre a integralidade e padrão de integralidade. Naquela oportunidade já se mencionava o papel da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias e Insumos no SUS.

<sup>24</sup> Adotam-se as diretrizes e regras da recente Lei 12.401, de 2011, aperfeiçoando-a.





- ✓A avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive, no que se refere ao atendimento domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS poderá ser assessorada por representantes de notório saber especializado e científico de entidades de ensino, pesquisa, produção de conhecimento, de regulamentação e dos Conselhos de profissões regulamentadas, ou confederação, ou associação de âmbito nacional, conforme a necessidade for demonstrada pela maioria absoluta dos seus membros. E todos têm direito a remuneração pela participação nos trabalhos – os membros da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS e de assessoramento a esta comissão.

### **7.3.5 Comissão de interlocução e apoio ao sistema judicial**

O tema em epígrafe traz o debate sobre a “judicialização da saúde” no Brasil. Muito já se escreveu acerca desse tema e há certo consenso entre os gestores de saúde e algumas outras entidades de que a judicialização da saúde, mais atrapalha do que contribui para o sistema de saúde. Evidentemente que sob o ponto de vista da efetivação individual de direitos fundamentais, no caso, do direito à saúde, a judicialização se mostra positiva. Nada obstante, o foco desta Subcomissão é o sistema público de saúde como um todo. Isto significa: como tornar o direito à saúde uma política pública efetiva, eficaz e eficiente, observando os princípios da integralidade e do acesso universal e igualitário, entre outros?

Vale acrescentar que esse assunto foi objeto de reunião de trabalho, com a presença de duas representantes do Conselho Nacional do Ministério Público, Dra. Isabel Maria Salustiano Arruda Porto e Dra. Maria Roseli de Almeida Pery, ocorrida no dia 30/05/11, sob o tema: “Sistema de Governança



Intergovernamental e Modelo de Acordo entre Entes<sup>25</sup>. E durante os debates restou evidente que não se devia, ou sequer se podia, buscar resolver a questão da judicialização da saúde por meio de travas legais que impedissem a atuação do Poder Judiciário e seus postuladores, dentre os quais, o Ministério Público e a Defensoria Pública, seja por causa do questionamento da constitucionalidade que as medidas implicariam – cujo julgamento é realizado pelo próprio Poder Judiciário –, seja porque esse tipo de medida não permite o diálogo entre os agentes públicos que perfazem o Estado brasileiro, de modo que se manteria a compartimentalização entre os Poderes. Portanto, tais medidas mais desagregariam do que facilitariam a compreensão da necessidade de tratar o direito à saúde como política pública.

Portanto, deve-se considerar expressos neste relatório todos os argumentos contrários à judicialização da saúde – captura dos agentes pela indústria farmacêutica, desarticulação do orçamento público, desrespeito ao tratamento isonômico que o SUS deve dispensar aos usuários, perigo diante de medicamentos e procedimentos não avaliados e aprovados pelos órgãos competentes de saúde pública, dentre outros. Ao passo que, como a comunidade do setor de saúde é pouco familiarizada com o esquematicamente fechado Poder Judiciário e suas decisões, optou-se por transcrever trecho de jurista que explica como e o porquê das ações judiciais.

*Judicialização* significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade. O fenômeno tem causas múltiplas. Algumas delas expressam uma tendência mundial; outras estão diretamente relacionadas ao modelo institucional brasileiro.

---

<sup>25</sup> Esclareça-se que as contribuições colacionadas pelo CNMP, como por exemplo, a fixação de tempo para atendimento e para as providências necessárias de ações (exames, cirurgias etc.) é ventilada no tópico sobre o Sistema de Garantia de Acesso.



...

À judicialização e o ativismo judicial são primos. Vêm, portanto, da mesma família, freqüentam os mesmos lugares, mas não têm as mesmas origens. Não são gerados, a rigor, pelas mesmas causas imediatas. A judicialização, no contexto brasileiro, é um fato, uma circunstância que decorre do modelo constitucional que se adotou, e não um exercício deliberado de vontade política. Em todos os casos referidos acima, o Judiciário decidiu porque era o que lhe cabia fazer, sem alternativa. Se uma norma constitucional permite que dela se deduza uma pretensão, subjetiva ou objetiva, ao juiz cabe dela conhecer, decidindo a matéria. Já o ativismo judicial é uma atitude, a escolha de um modo específico e proativo de interpretar a Constituição, expandindo o seu sentido e alcance. Normalmente ele se instala em situações de retração do Poder Legislativo, de um certo descolamento entre a classe política e a sociedade civil, impedindo que as demandas sociais sejam atendidas de maneira efetiva. A idéia de *ativismo judicial* está associada a uma participação mais ampla e intensa do Judiciário na concretização dos valores e fins constitucionais, com maior interferência no espaço de atuação dos outros dois Poderes. A postura ativista se manifesta por meio de diferentes condutas, que incluem: (i) a aplicação direta da Constituição a situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário; (ii) a declaração de inconstitucionalidade de atos normativos emanados do legislador, com base em critérios menos rígidos que os de patente e ostensiva violação da Constituição; (iii) a imposição de condutas ou de abstenções ao Poder Público, notadamente em matéria de políticas públicas. (BARROSO, 2009).

Isto demonstra e reforça o entendimento de que ao invés de combater o ativismo jurídico, no caso concreto por causa do reflexo negativo para o sistema público de saúde, é aconselhável criar canais de diálogo entre os Poderes e entre os organismos que são essenciais para o funcionamento do Poder Judiciário, onde se insere o Ministério Público. Esta postura coloca a noção de interdependência e harmonia entre os Poderes como pedra de toque, com evidente amparo constitucional (art. 2ª da Constituição de 1988).



Logo, não se concebe o argumento da separação dos Poderes sob o prisma de impedir a ação do Poder Judiciário, mas sob o foco de que os Poderes são harmônicos e interdependentes, o que enseja um espaço público para comunicação, troca de experiências, criação de arranjos etc<sup>26</sup>. O Poder Judiciário não é afastado da esfera do governo<sup>27</sup>, pelo contrário, ele é parte do Poder da República, de modo que é chamado a cumprir com a sua responsabilidade institucional.

Dessa forma, este relatório propugna pela criação de uma **Comissão de Interlocução e Apoio ao Judiciário, Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública**, no âmbito de cada nível de governo, com a finalidade de:

- ✓ Interagir proativamente com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Advocacia Pública na definição dos fluxos de fornecimento de medicamentos e de execução de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde correspondente;
- ✓ Uniformizar o posicionamento institucional no que respeita as demandas judiciais;
- ✓ Prestar apoio técnico à Advocacia Pública na defesa dos interesses da Administração;
- ✓ Dar suporte às Defensorias Públicas, orientando-lhes, se for o caso, sobre as padronizações, fluxos e protocolos do Sistema Único de Saúde.

Pretende, também, identificar, dentro das demandas que lhe são enviadas, tanto as fragilidades do SUS que estão ensejando à judicialização da saúde, como o surgimento de grupos de interesses com o objetivo de impor ao

---

<sup>26</sup> A representante do CNMP, Dra. Isabel Porto, trouxe a notícia da existência da Comissão Permanente de Defesa da Saúde – COPEDES. Esta comissão “tem como uma das principais atividades desenvolvidas, a capacitação a de juízes. Igualmente a comissão vai aferir a prescrição e dizer se concorda ou não, encaminhando para a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública. É isso o que pretendem disseminar em todo o País, para eliminar a questão da judicialização”.

<sup>27</sup> E aqui governo não é sinônimo de Poder Executivo ou Administração Pública, pois entendido como órgão diretor ou do aparelho de mando exercido pelo Estado, traduzindo a concepção de governo “lato sensu” que é exercida conjuntamente pelos três Poderes estatais.



Poder Público o pagamento de ações ou serviços de saúde sem indicação reconhecida dos órgãos competentes e comprovação científica.

Ademais, em uma estrutura de cooperação intergovernamental e coordenação intragovernamental, a Comissão buscará unificar conceitos e compartilhar informações com outros entes federados e com os demais órgãos do próprio nível de governo.

Portanto, esta Subcomissão considera que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes **instâncias colegiadas**<sup>28</sup>:

- ✓A Conferência de Saúde;
- ✓O Conselho de Saúde.
- ✓O Conselho Nacional de Gestão do SUS, o Conselho Estadual de Gestão do SUS e o Conselho Regional de Gestão do SUS;
- ✓A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS;
- ✓A Comissão de Interlocução e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública;
- ✓Comissões de Pactuação de Formação Profissional, Gestão do Trabalho e Educação Permanente<sup>29</sup>.
- ✓Sistema de Garantia de Acesso<sup>30</sup>.

Este relatório, como já aludido, cria medidas para que se possa **institucionalizar** e definir um **marco legal** tanto para o espaço público dos Conselhos tripartite e bipartite – nominados no relatório de Conselho nacional e estadual de gestão do SUS –, para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS e a Comissão de Interlocução e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública; como ao mesmo tempo também institucionaliza e fixa regras de estruturação e

<sup>28</sup> Note-se que haverá acréscimo necessário na Lei 8142, de 1990.

<sup>29</sup> Vide tópico sobre Profissionais e Recursos Humanos.

<sup>30</sup> Vide tópico sobre Redes Assistenciais e Sistema de Garantia de Acesso.



277F6C0F34

funcionamento do SUS por meio dos **pactos intergovernamentais**, tais como, a elaboração da programação geral de ações e serviços de saúde, das diretrizes para a descentralização, do mapa sanitário, da assunção da responsabilidade sanitária e o próprio contrato de ação pública, entre outras. Analisado aqui os espaços públicos para dotar o SUS de governança intergovernamental, é chegado o momento de examinar os instrumentos para a ocorrência dessa governança.

## **7.4 A Reforma do SUS Constitucional: Reestruturação da Organização e do Funcionamento do SUS**

### **7.4.1 Planejamento de ações e serviços de saúde**

O processo de planejamento sanitário do SUS consistirá na elaboração da **programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva**, a partir do padrão de integralidade e da identificação da população referenciada. E esclareça-se que se considera programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva a **quantificação** do que é necessário produzir de ações e serviços individuais e coletivos para atender à saúde da população total existente num dado território.

Assume-se como ponto de partida para o planejamento sanitário o que será efetivamente oferecido ao cidadão – padrão de integralidade. Ademais, observa-se a estimativa das necessidades de utilização de ações e serviços de saúde da população num determinado período, suas faixas etárias e divisão por gênero, usuários ou não de planos de saúde e seguros privados de assistência à saúde – população referenciada. Diante desses elementos surge a tarefa de fazer a programação de quanto é necessário produzir de ações e serviços individuais e coletivos para atender à população existente num dado território – programação de ações individuais e coletivas de saúde.

As regras gerais para a elaboração da programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva serão pactuadas e aprovadas por consenso pelo Conselho Nacional de Gestão do SUS, mediante proposta apresentada pela União. A proposta a ser ofertada pela União deverá conter as seguintes normas:



- ✓A implantação simultânea das medidas que conformam a universalidade, a igualdade, a eqüidade, a descentralização e a participação da comunidade, voltadas para a oferta das ações e serviços de saúde individual e coletiva;
- ✓As diretrizes apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa;
- ✓A complementaridade da União e dos estados no âmbito da saúde, com o oferecimento de apoio necessário, completando ou suprindo, a capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos dos Municípios;
- ✓A identificação da população usuária de ações e serviços de saúde em cada território e unidade sistêmica;
- ✓A estimativa das necessidades de utilização de ações e serviços de saúde da população usuária no território e na unidade sistêmica em um determinado período, suas faixas etárias, divisão por gênero e usuários de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- ✓O sistema de garantia de acesso;
- ✓A capacitação de recursos humanos;

Sobre esse assunto, há outra observação a fazer: sempre que a União não apresentar as propostas de padrão de integralidade e de programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva competirá ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS ou ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS apresentá-las. Esta regra também se aplica no caso de omissão da União para com a proposta de diretrizes para a descentralização do SUS e de diretrizes para a conformação do mapa sanitário, consoante exposto nos subtópicos posteriores.

Merece destaque em separado que a elaboração da programação de ações e serviços de saúde deverá trazer, fundamentalmente, a



277F6C0F34

**estimativa de recursos necessários** para execução da programação e sua **articulação com a legislação orçamentária**. Evitar-se-á que o planejamento sanitário desempenhe papel cartorial, meramente burocrático de observância a regras postas sem implicar na materialidade que um planejamento produz.

Aliás, a programação também deverá conter a fixação de metas, objetivos e mecanismos de avaliação e monitoramento da própria programação, assim como a periodicidade de novo planejamento a cada quatro anos, sendo revistos a cada dois anos e podendo ser reajustado a qualquer tempo, diante de fatos novos que assim o justifique.

Compete agora, para melhor encadeamento da lógica de apresentação deste relatório, fazer uma pausa neste tema – planejamento sanitário – e tratar da questão sobre as diretrizes para a descentralização, pois a junção destes dois pontos possibilitará o desenvolver das teses e propostas, ora apresentadas.

#### **7.4.2 Diretrizes para a descentralização**

Evidentemente que ao se tratar das diretrizes para a descentralização busca-se aqui dá orientação para o princípio da descentralização, isto é, a descentralização política-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, que não pode ser mitigado diante dos princípios da integralidade e universalidade de acesso.

A proposta da Subcomissão para o processo de descentralização do SUS é **constituir** e **conferir** capacidade **produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento, de recursos humanos** e de **poder decisório** da União e dos estados aos municípios. O escopo é único: visa dotar os municípios de **capacidades** para execução das ações e serviços de saúde individual e coletiva. Evidentemente que estão incluídos no objeto da descentralização a desconcentração administrativa, o acompanhamento e a avaliação por meio de mecanismos de controle social.

Então, a descentralização exige contínuo aprimoramento do relacionamento intergovernamental, com a capacitação dos governos das esferas subnacionais para a execução das ações e serviços de saúde individual e





coletiva. Aliás, a descentralização amplia o campo democrático, pois abre oportunidade ao controle da população organizada sobre os governos.

Assim, as diretrizes para a descentralização do SUS também serão pactuadas e aprovadas, por consenso, pelo Conselho Nacional de Gestão do SUS, mediante proposta apresentada pela União<sup>31</sup>. Essas diretrizes deverão conter:

- ✓ A programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva;
- ✓ Os conceitos já sedimentados na esfera intergovernamental de saúde referente à territorialidade, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;
- ✓ A população referenciada em cada território, conforme planejamento sanitário;
- ✓ A identificação das comunidades prioritárias, vulneráveis, indígenas, quilombolas e outras especiais;
- ✓ O tipo de unidade sistêmica existente no território;
- ✓ A capacidade instalada na unidade sistêmica;
- ✓ A característica geográfica do território – se fronteira entre estados ou entre países, e se é área isolada;

Considera-se **região de saúde** o espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Ou seja, sobressai com relevância a noção territorial. Essas regiões de saúde serão propostas pelos estados em articulação e cooperação com os municípios sob sua

---

<sup>31</sup> Como dito anteriormente, competirá ao CONASS ou ao CONASEMS apresentar a proposta de diretrizes para a descentralização, sempre que a União não o fizer.



jurisdição, para aprovação no Conselho Estadual de Gestão do SUS, por consenso. E para ser constituída, a região de saúde observará:

- ✓O padrão de integralidade;
- ✓A definição do território geográfico e da população usuária;
- ✓A responsabilidade sanitária;
- ✓As principais portas de entrada no SUS<sup>32</sup>, por meio do sistema de garantia de acesso à população usuária, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde;

De qualquer modo, além da tradicional modalidade intraestadual, as regiões de saúde poderão ser: interestaduais – definidas pela direção do SUS de âmbito estadual de cada um dos entes envolvidos, mediante articulação com os municípios interessados e aprovação no Conselho Estadual de Gestão do SUS dos correspondentes estados; e fronteiriços – definidas pela direção do SUS de âmbito federal, mediante articulação como os municípios e estados envolvidos.

É importante notar que o pacto da descentralização enseja apurar a **capacidade instalada necessária** para produzir e distribuir as ações e serviços individuais e coletivos que atendam universal e integralmente as necessidades da população. Por conseguinte, existe tanto uma **racionalização dos gastos** e **otimização da aplicação dos recursos**, possibilitando ganho de escala nas ações e serviços de saúde, como a feitura de uma **métrica** que avalia a **distribuição espacial** e o **tipo de estabelecimento** que deve ser instalado em cada território e unidade sistêmica.

Vê-se um dinamismo nas diretrizes para a descentralização, uma vez que ao lado da apuração da capacidade já instalada, deve-se apurar a capacidade a ser instalada e que se faz necessária para a efetiva produção e distribuição das ações e serviços individuais e coletivos. O corolário desse dinamismo é um compromisso sério e efetivo para com a saúde.

---

<sup>32</sup> A definição e desdobramento de porta de entrada serão analisados no bojo da seção “Sistema Nacional de Garantia de Acesso”.



De qualquer modo, uma vez elaboradas as regras gerais de programação das ações e serviços de saúde e as diretrizes para a descentralização, a União e os estados farão, cada um, a sua programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva. Igualmente, compete aos estados articular e coordenar os municípios sob sua jurisdição para a elaboração da programação estadual de ações e serviços de saúde. Evidentemente que ambas as programações serão aprovadas, por consenso, no Conselho Nacional e Estadual de Gestão do SUS, respectivamente.

### 7.4.3 Mapa sanitário

Para garantir o direito à saúde por meio do princípio da eficiência do serviço público, insculpido no art. 37 da Constituição de 1988, é objeto de consenso intergovernamental a definição das diretrizes para conformação do mapa sanitário. Portanto, se faz necessário esclarecer dois pontos: o que é o mapa sanitário e as regras para elaboração das diretrizes desse mapa sanitário. Veja-se a seguir.

O mapa sanitário é a **cartografia** de um determinado território correspondente a uma unidade sistêmica do SUS. Ele **descreve a distribuição espacial** existente dos aparelhos, dos estabelecimentos, dos insumos, dos recursos humanos, do tipo de atendimento, de política das ações e serviços individuais e coletivos ofertados por aquela unidade sistêmica.

As diretrizes para a conformação do mapa sanitário serão fixadas pelo Conselho Nacional de Gestão do SUS, por consenso, mediante proposta apresentada pela União<sup>33</sup>. Deverão ser considerados:

- ✓A programação de ações e serviços de saúde;
- ✓O processo de descentralização;
- ✓A relação entre população usuária e estabelecimento;
- ✓A capacidade instalada existente;

---

<sup>33</sup> Como dito anteriormente, competirá ao CONASS ou ao CONASEMS apresentar a proposta de diretrizes para a conformação do mapa sanitário, sempre que a União não o fizer. Vide nota anterior.



- ✓ Os investimentos existentes e necessários;
- ✓ O desempenho aferido a partir dos indicadores sanitários, de produção, de distribuição de serviços e demais indicadores de saúde do sistema.

É importante dizer que compete à direção do SUS de âmbito municipal apresentar o mapa sanitário do seu município, em articulação e cooperação com a direção do SUS de âmbito estadual, para serem aprovados pelo Conselho Estadual de Gestão do SUS. Malgrado, na hipótese de não apresentação do mapa sanitário por parte do município, o estado elaborará o mapa sanitário correspondente.

Oportuno lembrar que competirá ao CONASS ou ao CONASEMS apresentar as propostas de padrão de integralidade, de programação de ações e serviços de saúde individual e coletiva, de diretrizes para a descentralização do Sistema Único de Saúde e de diretrizes para a conformação do mapa sanitário ao Conselho Nacional de Gestão do SUS, sempre que a União não o fizer.

O mapa sanitário é utilizado, dessarte, na **identificação e reconhecimento** das necessidades para produzir e distribuir ações e serviços individuais e coletivos de saúde. Ele contribui para o estabelecimento de metas de saúde, além de **orientar a assunção da responsabilidade sanitária** dos entes federados. Detalha-se: utilizando-se das diretrizes para conformação do mapa sanitário, decorrentes do planejamento sanitário e das diretrizes para a descentralização, fica mais fácil estabelecer e pactuar as responsabilidades de cada ente federado na produção e distribuição da oferta prevista na programação de ações e serviços de saúde. Cada ente federado terá sua responsabilidade – quantidade de ações e serviços individuais e coletivos que produzirá e distribuirá para atender sua população – acertada com os demais entes. Neste momento o papel complementar do estado na produção de ações e serviços de saúde também é pactuado.



#### 7.4.4 Da responsabilidade sanitária

A responsabilidade sanitária é **o ato de cada ente federado responsabilizar-se pela quantidade e qualidade de ações e serviços de saúde** individuais e coletivos, **assumindo a obrigação** de produzir, distribuir, financiar, garantir acesso, cumprir metas, atender a indicadores sanitários e demais regras estipuladas na programação de ações e serviços de saúde **para atender a população total e usuária do SUS**<sup>34</sup>.

É interessante perceber que a responsabilidade sanitária substitui o “DNA Inampiano”, aquele que define o sistema como o somatório de contratos de prestadores para atender às demandas para as quais havia capacidade instalada disponível. Quando se define que o SUS é a articulação das capacidades de produção, gestão e normativas dos entes federados mobilizadas a partir de um planejamento único e com divisão de responsabilidades, se constrói um “DNA Intergovernamental” e se estabelece ainda o papel do estado membro como produtor complementar e coordenador do sistema no território.

A responsabilidade sanitária entre estados e municípios será pactuada, por consenso, no Conselho Estadual de Gestão do SUS e a responsabilidade sanitária entre a União, os estados e os municípios será pactuada, também por consenso, no Conselho Nacional de Gestão do SUS<sup>35</sup>. Aqui existe o marco principal das relações intergovernamentais, elemento fundamental para a conformação do sistema de saúde brasileiro que se perfaz diante de um Estado federado.

Nada obstante, este relatório estabelece para a União, estados e municípios determinadas responsabilidades, sem prejuízo daquelas responsabilidades pactuadas entre esses entes federados. É de fácil observação que são responsabilidades já consolidadas na esfera legal do setor da saúde, previstas na própria Lei Orgânica do SUS. Destarte, a responsabilidade da União consiste em:

---

<sup>34</sup> Veja que para fins de responsabilidade sanitária, que dispõe sobre o exercício e implementação do direito à saúde, o critério é de acesso amplo da população. Lembrar que a identificação dos usuários – população referenciada – é para fins de planejamento sanitário.

<sup>35</sup> Já houve análise sobre o Conselho Nacional de Gestão do SUS e Conselho Estadual de Gestão do SUS enquanto espaço político intergovernamental.



- ✓ Exercer a gestão do SUS no âmbito nacional;
- ✓ Organizar e manter o sistema de governança do SUS no âmbito nacional;
- ✓ Apresentar a proposta das regras gerais para a conformação da programação de ações e serviços individual e coletiva de saúde; das diretrizes para a descentralização e para a conformação do mapa sanitário, bem como das regras sobre as ações e serviços de saúde de referência;
- ✓ Elaborar a programação de ações e serviços de saúde e promover medidas necessárias para a descentralização, consoante as diretrizes retro apresentadas;
- ✓ Atuar em complementaridade perante os estados e Municípios no âmbito da saúde, com o oferecimento de apoio necessário, completando ou suprimindo, a capacidade produtiva, normativo, tecnológico, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos daqueles entes;
- ✓ Formular e financiar políticas de saúde;
- ✓ Produzir ações e serviços de saúde;
- ✓ Produzir insumos estratégicos;
- ✓ Financiar unidades sistêmicas estaduais, regionais ou locais;
- ✓ Participar do financiamento do SUS, juntamente com os outros gestores;
- ✓ Coordenar o processo de constituição de região de saúde fronteira, consoante exposto anteriormente.

Igualmente, sem prejuízo do que for pactuado entre estados e municípios, a responsabilidade dos estados consiste em:

- ✓ Exercer a gestão do SUS no âmbito estadual;



- ✓ Organizar e manter o sistema de governança do SUS no âmbito estadual;
- ✓ Elaborar a programação de ações e serviços de saúde e promover as medidas necessárias para a descentralização;
- ✓ Elaborar o mapa sanitário.
- ✓ Atuar em complementaridade no âmbito da saúde, com oferecimento de apoio necessário, completando ou suprimindo, a capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos das unidades sistêmicas locais e regionais;
- ✓ Planejar, financiar e promover políticas que promovam a descentralização e qualificação das unidades sistêmicas locais e regionais;
- ✓ Coordenar o processo de constituição de região de saúde;
- ✓ Promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios;
- ✓ Assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;
- ✓ Ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo o SUS;
- ✓ Participar do financiamento do SUS, juntamente com os outros gestores;

**A responsabilidade sanitária pactuada é firmada em contrato de ação pública**, que corresponde ao **compromisso público** e à **obrigação contratual** que cada ente federado assume para executar ações e serviços individual e coletiva de saúde, o financiamento, o cumprimento de metas



277F6C0F34

de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de garantia de acesso, bem como as penalidades pelo descumprimento deste compromisso público e obrigação contratual. Cumpre adentrar nessa seara do contrato de ação pública.

#### 7.4.5 Do controle de ação pública

Há tempos o setor de saúde do Brasil reclama da necessidade de um instrumento legal que seja o substrato dos acordos firmados, no âmbito da saúde, entre os entes que formam a Federação brasileira. Consoante anotado anteriormente sobre as reuniões de trabalho e nos apêndices deste relatório, diversos órgãos e entidades civis apontam para esse vazio, os danos daí decorrentes, e o desafio da proposta em um Estado federado.

Assim, o contrato de ação pública é o pacto firmado entre os entes federados que **materializa contratualmente a responsabilidade sanitária** de cada ente federado para a prestação das ações e serviços de saúde individual e coletiva que formam o padrão de integralidade. Conseqüentemente, são **cláusulas obrigatórias do contrato de ação pública**: a responsabilidade sanitária assumida por cada ente federado pactuante; a identificação das necessidades locais e regionais; a oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde no território; os compromissos da regionalização que devem ser estabelecidos de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade dos serviços de cada região de saúde; a responsabilidade financeira de todos os entes pactuantes, identificando os recursos que serão disponibilizados por cada um dos entes partícipes para sua execução; as metas quantitativas, qualitativas e objetivos a serem alcançados, inclusive identificadas ano a ano; indicadores de saúde; investimentos na rede de serviços e a respectiva responsabilidade; estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde; as penalidades pelo descumprimento do contrato; a adesão ao sistema de garantia de acesso.

Em linhas gerais, o contrato de ação pública, firmado entre União, estados e municípios, surge como elemento fundante do processo de reestruturação do SUS sob o ângulo de uma nova relação intergovernamental,





pois que consolida os acordos entre os entes federados mais relevantes, como por exemplo, a materialização contratual do planejamento sanitário que estabelece as responsabilidades dos três entes federados no financiamento, no cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários e de capacitação de pessoal.

A subcomissão do SUS estabelece que os contratos de ação pública, por serem compromissos públicos e obrigação contratual, acarretam **as seguintes penalidades institucionais** no caso de descumprimento ou cumprimento parcial:

- ✓ Suspensão de transferências voluntárias;
- ✓ Suspensão das contratações de operações de crédito;
- ✓ Suspensão de garantias e avais;
- ✓ Bloqueio de valor, diretamente do Fundo Nacional da Saúde, no caso de inadimplência total ou parcial da União.

Saliente-se que as penalidades fixadas são aplicadas pelo Conselho Nacional de Saúde, respeitado em qualquer caso a ampla defesa e o contraditório, que oficiará a instituição competente para a execução da penalidade, vedada a rediscussão da matéria.

Os contratos de ação pública serão controlados, avaliados e monitorados pelo **relatório de gestão** e pelo **Sistema de Avaliação e Monitoramento**. O monitoramento e a avaliação dos contratos de ação pública deverão observar: o cumprimento das metas estipuladas; os indicadores de saúde e de produção de ações e serviços de saúde obtidos; o percentual atingido através do Selo Vida<sup>36</sup>. Em qualquer caso, o respectivo ente federado será **notificado para regularizar a execução das metas** não cumpridas no prazo estabelecido no contrato.

Com o fito de atribuir efetividade ao sistema de monitoramento e avaliação e, por isso mesmo, ao próprio contrato de ação pública, qualquer ente federado pactuante pode solicitar ao Sistema de Avaliação

---

<sup>36</sup> Vide tópico específico sobre o “Selo Vida”.



e Monitoramento a realização de auditoria nos casos em que houver indícios de irregularidades na execução do contrato de ação pública. Assim, propõe o relatório que: finalizada a auditoria, qualquer ente federado pactuante pode, mediante a devida justificação, solicitar ao Conselho Nacional de Saúde a abertura de procedimento administrativo a fim de executar as penalidades cabíveis, segundo àquelas regras anteriormente aduzidas, que exige prévio lapso temporal para que o ente apresente ampla defesa e/ou possa readequar-se à responsabilidade sanitária contratual.

#### **7.4.6 Do sistema de controle e de responsabilização**

##### **7.4.6.1 Accountability e responsabilização por desempenho**

De início, é interessante discorrer que o relatório de gestão e o sistema de avaliação e monitoramento defendidos neste relatório buscam trazer para o SUS as ferramentas necessárias para o **accountability**<sup>37</sup>, na forma vertical e horizontal. Explica-se, “accountability vertical” é o controle da sociedade sobre o Estado, inclui o controle social das políticas e a dimensão eleitoral (premiar ou punir os governantes nas eleições). No caso, o relatório de gestão será uma poderosa ferramenta para o controle social do SUS. Por seu turno, “accountability horizontal” é sistema formado por redes internas do Estado que colacionam mecanismo de “checks and balances”, da mútua vigilância, que são formas de controle e responsabilização entre iguais. Há, assim, uma adequada forma de controle diante da estrutura federal do Estado brasileiro.

Lógico que essa última hipótese trata do controle de um setor sobre outro da esfera pública, no caso, do sistema público de saúde por meio da existência de agências e instituições estatais possuidoras de poder legal e de fato contra atos delituosos de seus congêneres do Estado. Até aqui nenhuma novidade, uma vez que o sistema jurídico brasileiro colaciona formas de controle interno e externo. Entretanto, a novidade é que a Subcomissão propõe a

---

<sup>37</sup> Accountability é tanto o dever da Administração Pública de prestar contas frente à sociedade pelos resultados de sua gestão como o direito dos cidadãos de controlar e fiscalizar a ação do governo. Visa: 1. Direcionar e orientar a ação administrativa, 2. Aferir desempenho e resultados e 3. Garantir sua probidade e integridade.



**responsabilização dos entes e agentes públicos pelo desempenho da ação governamental, a ser apurada via relatório de gestão – para o exercício do controle social – ou via sistema de avaliação e monitoramento – no exercício do controle interno.** Em ambas as situações, o desempenho é conferido por meio dos indicadores e metas expressos no contrato de ação pública.

Apesar de os deveres de eficiência e de prestação de contas por desempenho serem exigidos do setor público, inclusive com amparo constitucional (art. 37, caput e art. 74, II da Constituição de 1988), observa-se que **os mecanismos de responsabilização por desempenho não são tão claros e reconhecidos quanto os mecanismos de responsabilização por conformidade (“compliance”) a normas.** Não se admite mais uma administração burocrática simplesmente focada no cumprimento de procedimentos normativos, tal como atualmente o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, via Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, procede. Por sua vez, o exercício do controle social por meio dos Conselhos de Saúde ainda deixa muito a desejar, várias vezes representando apenas uma etapa cartorial. Exige-se dos administradores públicos, além de uma conduta proba, a permanente preocupação com o atendimento das demandas sociais da melhor forma possível (LIMA, 2002).

O controle sobre o desempenho pode ser exercido diretamente pelos cidadãos, pela sociedade civil organizada, pelo Parlamento, pelo Ministério Público, pelo Sistema de Controle Interno e Externo (LIMA, 2002). Todavia, tendo em vista que a Controladoria Geral da União, as Cortes de Contas e, de certa forma, o Ministério Público já exercem o controle por meio de conformidade com as normas, resta essencial que o **controle interno do SUS atue por meio do controle de desempenho**<sup>38</sup>. Igualmente é importante que o

---

<sup>38</sup> Vale esclarecer, utilizando-se de Lima (2002) que “alguns autores, principalmente escrevendo em espanhol (CLAD, 1999), usam a expressão responsabilização por resultados. O fato é compreensivo quando se observa que o tema está relacionado à gerência por resultados (result oriented management) e à mudança do foco do controle de aspectos procedimentais para resultados. No entanto, a avaliação dos resultados da ação de governo está mais diretamente relacionada com a dimensão efetividade do desempenho. Sendo assim, a expressão responsabilização por desempenho afigura-se mais apropriada por poder ser relacionada também



controle social também disponha de recursos capazes de indicar o desempenho dos administradores do SUS, sem excluir a fiscalização baseada em procedimentos e adequações normativas.

Tendo em vista que dificilmente se responsabiliza administradores públicos por resultados, porque estes dependem de uma série de fatores fora do controle do gerente, a Subcomissão fixou como modo de controle o desempenho, cujo parâmetro é o contrato de ação pública. **Este fixa metas e objetivos decorrentes da responsabilidade sanitária assumida.** O administrador pode e deve prestar contas sobre os custos de seus produtos, aqui identificados com os bens produzidos e serviços prestados no campo da saúde (integralidade), bem como sobre o alcance de metas de produção ou de atendimento aos usuários do sistema de saúde (universalidade do acesso).

#### 7.4.6.2 Do relatório de gestão e do controle social

O Brasil apresenta uma série de limitações para a responsabilização por desempenho. Trata-se de um país no qual os gerentes têm pouca margem de manobra em decorrência das fortes restrições fiscais, do sistema legal rígido e detalhado, da **predominância de controles procedimentais clássicos**, passo a passo, em ambiente de comando e controle (LIMA, 2002). Por conseguinte, o escopo dos relatórios de controle, tradicionalmente, está assentado na preocupação com a **conformidade às leis e aos regulamentos**, em especial na compra de insumos e na contratação de serviços, que são foco de corrupção. Essas situações continuarão na seara das Cortes de Contas e da Controladoria Geral da União, sem excluir a ação do Ministério Público. Malgrado, o **relatório interno de gestão do SUS, presente nos três níveis de governo, será realizado mediante controle por desempenho**, sem prejuízo das outras apurações da auditoria.

Esta Subcomissão considera que o relatório de gestão é o instrumento de controle, avaliação e monitoramento que permite verificar,



anualmente, a execução do contrato de ação pública. Ele deverá conter, obrigatoriamente:

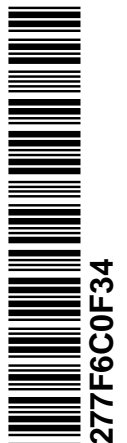
- ✓ O demonstrativo da realização das ações e serviços ofertados à população total e população usuária, de acordo com as responsabilidades pactuadas no contrato de ação pública;
- ✓ Os indicadores de qualidade dos serviços e os resultados alcançados;
- ✓ A comprovação da aplicação dos percentuais vinculados à saúde;
- ✓ A demonstração do cumprimento das metas pactuadas no contrato de ação pública;
- ✓ Os segmentos da população atendidos em cumprimento aos princípios da igualdade e da universalidade;
- ✓ Os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativos de variações patrimoniais do fundo de saúde da esfera de governo correspondente, elaborados na forma da legislação específica.

Ou seja, o relatório de gestão e o contrato de ação pública são utilizados como instrumentos de **acompanhamento e avaliação** das ações e serviços de saúde executados pelos entes federados, sem excluir a tradicional auditoria baseada em regras e procedimentos. Isso porque o relatório será encaminhado para os Conselhos de Saúde.

Tal determinação enseja que o relatório de gestão deva ser elaborado pela direção do SUS de cada esfera de governo até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária. Nesse contexto, até o dia 31 de julho de cada ano deverá ser apresentado ao Conselho de Saúde relatório parcial referente à execução do contrato de ação pública no primeiro semestre do ano. Portanto, dota-se o **controle social**<sup>39</sup> de instrumento hábil para a sua fiel atuação, a saber: possibilidade da atuação dos grupos sociais (sociedade civil) por meio

---

<sup>39</sup> Exemplo de accountability vertical é o controle social.



das vias de participação democrática, no caso concreto, os conselhos sociais de saúde fiscalizando as ações do Estado enquanto prestador do serviço de saúde.

É importante acentuar que a reunião de trabalho realizada no dia 19/05/2011 contou com a presença dos representantes do DENASUS, que destacaram

Os planos de saúde passaram a ser meramente cartoriais e que o relatório de gestão, que presta conta das ações de serviço, também é cartorial. O art. 4º da Lei nº 8.142 determina que para o Município receber o repasse do recurso precisa apresentar um plano de saúde, um relatório de gestão e uma programação anual de saúde. Encontramos Municípios que tinham relatório de gestão sem nunca ter feito plano de saúde, sem ter uma programação anual. Como esse Município presta conta dessa coisa? Como ele compara? Como ele avalia a qualidade da sua prestação de serviço? (...) Com relação ao controle social, também observou um papel cartorial. Todo Município tem que ter o conselho, porque é exigido legalmente, mas ele não exerce o seu papel.

Considerando que uma das características principais da democracia é o fato de que os agentes públicos devem ser responsabilizados por suas atividades, ser puníveis por eventuais atos ilícitos e prestar contas de seus atos aos cidadãos e a outras instituições, esta Subcomissão entende que compete ao Conselho de Saúde emitir, em trinta dias do recebimento do relatório de gestão, parecer sobre o seu conteúdo. O parecer deve ser publicado na imprensa oficial, no prazo máximo de 15 dias, e será encaminhado às Casas Legislativas e ao Tribunal de Contas respectivo, juntamente com a prestação de contas anual dos entes federados.

#### **7.4.6.3 Do sistema nacional de avaliação e monitoramento**

A União, os estados, o Distrito Federal e os Municípios organizarão o **Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento do SUS**, sob coordenação do Ministério da Saúde. Observa-se que não se trata simplesmente de um sistema de auditoria focado em procedimentos e normas, mas de um



sistema que permite tanto o Ministério da Saúde como o Conselho Nacional de Saúde acompanharem o contrato de ação pública.

Evidentemente que o Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento do SUS não afasta o controle e a fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo de cada esfera de governo. Entretanto, esclareça-se que o relatório propõe que a auditoria referente à fiscalização contábil, financeira e orçamentária do SUS será realizada pelos **Tribunais de Contas da respectiva esfera de governo**, afastando a inconstitucionalidade da fiscalização promovida por organismos federais nos estados ou municípios quando não há transferência de recursos ou valores da União, ou a inconstitucionalidade derivada da omissão das Cortes de Contas locais em exercer fiscalização no setor do SUS do próprio nível de governo.

Novamente se traz à colação a fala dos representantes do DENASUS que estiveram e contribuíram para este relatório. Eles informaram que,

A prestação de contas, de acordo com a Lei nº 8.689, estabelece que ela deve ser feita perante o Tribunal de Contas respectivo, onde está jurisdicionado o Município e também o Estado. Mas na visão ou no tratamento dado a essa prestação de contas pelos tribunais, não há essa preocupação de verificar se realmente esses recursos foram aplicados na saúde. A prestação de contas é feita no bojo geral, no conjunto da Prefeitura, e não há o tratamento específico para verificar se os recursos foram ou não aplicados na saúde. (...)

O Ministério Público tem indagado isso muito ao Ministério da Saúde: 'E aí? Houve prestação de contas?' E nós respondemos. Nós até elaboramos uma nota técnica, informando como se dá essa prestação de contas, para mostrar que ela não é centralizada, e acontece no âmbito do Estado e do Município. E fica esse vácuo. Existem até Tribunais de Contas — posso até citar, salvo engano, os do Acre e do Amazonas — que se recusam a julgar as contas relativas ao SUS, aos recursos repassados pela União. Essa é uma preocupação.

Acrescente-se que o Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento tem os seguintes objetivos:



- ✓ Avaliar os resultados qualitativos dos serviços de saúde;
- ✓ Controlar os serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das responsabilidades sanitárias estabelecidas e a aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos de ação pública;
- ✓ Avaliar os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos no contrato de ação pública;
- ✓ Auditar a regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Para a consecução de seus objetivos, o Sistema de Avaliação e Monitoramento deve ser **organizado em equipes multidisciplinares**. E sem embargo das **medidas punitivas e corretivas**, as conclusões obtidas com o exercício das atividades de avaliação e monitoramento devem ser consideradas quando da **formulação de nova responsabilidade sanitária e na execução das ações e serviços de saúde**.

Ora, sabe-se que a noção de accountability é basicamente bidimensional, pois envolve a **capacidade de resposta dos governos**, “answerability”, ou seja, a obrigação dos agentes públicos informarem e explicarem seus atos, apurados via controle de desempenho, e a **capacidade das agências de accountability**, “accounting agencies”, **impor sanções e perda de poder** para aqueles que violaram os deveres públicos, “enforcement”.

Ademais, os órgãos que integram o Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento devem executar atividades de controle, avaliação e monitoramento nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que mantêm contrato ou convênio com o SUS. Para ratificar tal posicionamento, os órgãos do SUS e as entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que dele participem de forma complementar, estão obrigados a prestar, quando exigida, toda informação e dados necessários ao desempenho das atividades de controle, avaliação e monitoramento, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.





Quanto ao Sistema Nacional de Auditoria – SUS vigente e ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS deverão, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, adaptar-se para observarem o disposto no que respeita a avaliação e o monitoramento do contrato de ação pública.

De qualquer modo, o relatório também atribui outro aspecto propositivo para o sistema de avaliação e monitoramento, novamente buscando afastar um viés exclusivamente fiscalizador de natureza punitiva. Assim, além de servir como parâmetro para reformulação da política de saúde – como dito alhures –, o sistema será base para a **criação do Selo Vida**, enquanto indicador para credenciar os entes federados a observarem o contrato de ação pública.

#### **7.4.7 Do Selo Vida e do indicador de garantia de acesso**

O relatório propõe a criação do **Selo Vida** como incentivo a ser concedido às unidades sistêmicas que **ultrapassarem as metas e superem os objetivos** estabelecidos no contrato de ação pública. Então, o Selo Vida tem a finalidade de:

- ✓Apurar a eficiência, eficácia e efetividade;
- ✓O impacto na melhoria das condições de saúde da população abrangida;
- ✓A satisfação do usuário;
- ✓O atendimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas;
- ✓A observância à garantia de acesso.

Assim sendo, por meio de **proposta apresentada pela União**, o Conselho Nacional de Gestão do SUS deverá **regulamentar os critérios de avaliação e os valores do Selo Vida**. Em todo caso será observando: os indicadores de garantia de acesso; os indicadores de saúde; os relatórios de gestão e do Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento; e, eventualmente, outros indicadores a serem pactuados no Conselho Nacional de Gestão do SUS.



Assim sendo, as regras que definem os critérios de avaliação e os valores dependerão da ponderação atribuída a cada um dos indicadores acima mencionados. A pontuação obtida pelas unidades sistêmicas deve indicar o valor do percentual financeiro correspondente ao Selo Vida a ser repassado.

Observa-se que **o relatório propõe um novo indicador**, qual seja, **o indicador de garantia de acesso**. Este é calculado a partir das variáveis de produção de ações e serviços de saúde, do compromisso de entrega assumido no contrato de ação pública com o que, de fato, é entregue pela unidade sistêmica.

Ademais, o Selo Vida poderá ser amplamente utilizado pelo município que o adquirir e **servir de critério para redução e renegociação de dívida**.

## **7.5 A Reforma do SUS Constitucional: Redes Assistenciais e Sistemas de Acesso**

### **7.5.1 Modelo em rede de prestação dos serviços de saúde**

Os serviços de saúde podem ser classificados segundo o local de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos – hospitais especializados, hospitais de distritos, centros de saúde, domiciliar etc. – ou os níveis de complexidade da atenção que oferecem – primário, secundário, terciário, entre outros. Eles também podem ser agrupados de acordo com o modo como são financiados ou segundo sua vinculação aos setores público ou privado.

Deve-se ressaltar que estas formas abstratas dos serviços de saúde são um recurso intelectual para facilitar o debate sobre o funcionamento dos serviços de assistência à saúde, uma vez que a realidade apresenta uma concretude diferente desse *tipo ideal*. Não raras vezes os hospitais especializados absorvem importante quantidade de recursos sem a correspondente atuação na resolução dos problemas de saúde mais demandados pela população. Outras vezes, equipamentos, recursos humanos e medicamentos tendem a orientar-se para a ponta da pirâmide do sistema de saúde. Isto também ocorre nos pólos economicamente mais dinâmicos, nos quais geralmente o setor público subsidia o



privado, prestando assistência que exige pessoal altamente especializado, instalações e equipamentos de alto custo para parcela da população vinculada aos planos de saúde do setor privado.

Conquanto os agrupamentos e classificações se façam na dependência dos aspectos da realidade que interessam destacar, é importante que o debate em torno da saúde centre-se<sup>40</sup> nas formas de **reorganizar o modelo assistencial implementado**, por meio da **conformação do sistema em redes** como o melhor modelo para concretizar o direito à saúde, enfatizando a melhoria da eficácia e eficiência dos serviços.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (2008) define redes como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”. No mesmo sentido a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2010) expressa redes integradas de serviços de saúde como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.

Constata-se das definições **ênfase nos princípios da integralidade e da universalidade**, esta sob o aspecto da população referenciada para fins de planejamento. A definição da OMS assegura contínuos serviços preventivos e curativos, de acordo com as necessidades da população, em vários níveis de atenção à saúde. Enquanto que o conceito da OPAS traz que os serviços de saúde devem ser equitativos e integrais a uma população adstrita.

A conhecida definição de redes de Castells (2000) diz que elas são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, **intensivas em tecnologias de informação** e baseadas na **cooperação entre unidades dotadas de autonomia**. Estes dois elementos estarão presentes na definição de rede adotada pelo Ministério da Saúde – MS, assim como o princípio

---

<sup>40</sup> Outros temas não são desconsiderados, consoante o interior teor deste relatório e suas recomendações, tais como, a repartição das responsabilidades entre setores público e privado, o financiamento do setor saúde etc.



da integralidade e da universalidade, sob o prisma da população referenciada. Vejamos.

A definição de rede do MS foi explicitada na reunião de trabalho do dia 16/05/2011, por meio da Sra. Leda Lúcia de Vasconcelos, representante da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS, que inclusive forneceu cópia da **Portaria 4.279, de 31 de dezembro de 2010**, onde conceitua **organização das Redes de Atenção à Saúde** da seguinte maneira: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

E ao se examinar a referida portaria, vê-se que o MS (2010) explicita as seguintes diretrizes para a conformação de uma rede:

- ✓ População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- ✓ Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
- ✓ Atenção Primária/Básica<sup>41</sup> estruturada como primeiro nível de atenção e **porta de entrada** do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
- ✓ Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- ✓ Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;

---

<sup>41</sup> Lembrar que a representante do MS desconstruiu a reunião ao afirmar que como o CONASS usa o termo “primária” e o CONASEMS “básica”, ela como mineira e tancredista iria utilizar o termo “primásica”.



- ✓ Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- ✓ **Sistema de governança** único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde;
- ✓ Definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo;
- ✓ Articular as políticas institucionais;
- ✓ Desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- ✓ **Participação social** ampla;
- ✓ **Gestão integrada** dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- ✓ Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- ✓ **Sistema de informação integrado** que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- ✓ Financiamento tripartite, garantido e suficiente, **alinhado com as metas** da rede;
- ✓ Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
- ✓ Gestão baseada em resultados.

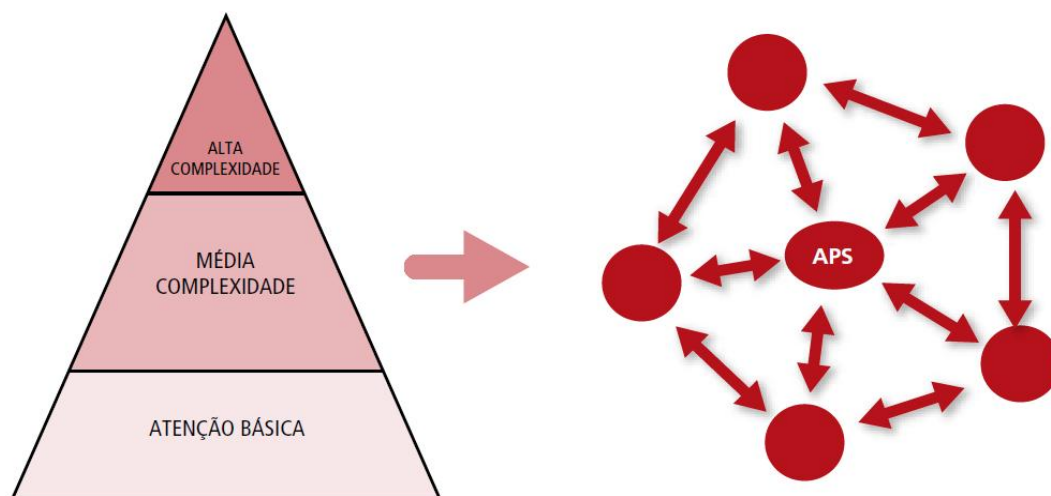
Entretanto, apesar dessa determinação infralegal, o sistema de saúde brasileiro **não** está implantado de modo satisfatório em forma de redes



assistenciais. Ao contrário, **as diretrizes normativas do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade.** Essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples (MENDES, 2011).

FIGURA 1

A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Extraída de Mendes (2011)

No Brasil, a atenção básica em saúde no SUS está organizada, de modo geral, em torno de dois grandes modelos: Unidades Básicas de Saúde – UBS sem saúde da família, geralmente denominada de modelo tradicional e UBS com saúde da família. No PPA 2008-2011, ela está expressa no Programa Atenção Básica em Saúde, programa 1214, composto pelas ações Piso de Atenção Básica Variável – PAB-Variável, que inclui o Programa Saúde da Família – PSF; Piso de Atenção Básica Fixo – PAB-Fixo, Atenção Básica em Saúde Bucal, Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde e Expansão e Consolidação do PSF.

Por sua vez, no PPA 2008-2011, o principal programa associado à atenção de média e alta complexidade é o Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, para o qual estava alocada a maior parte dos recursos destinados ao MS em 2008, sendo que mais de 80% destes recursos estavam concentrados em única ação, a saber, a Ação 8585 –



277F6C0F34

Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

Os procedimentos de média complexidade podem ser definidos como os que demandam serviços de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo diferenciados dos procedimentos de alta complexidade pela maior sofisticação tecnológica e pelos custos mais elevados que envolvem (SAS, 2009). Os procedimentos de média e alta complexidade englobam, além da maioria dos procedimentos hospitalares e de diversos procedimentos ambulatoriais, a atenção especializada realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, os serviços prestados pelo SAMU, os procedimentos regulados pela CNRAC e os transplantes, entre outros. (SAS, 2009).

Resenhando Mendes (2011), no SUS vige o sistema hierarquizado – repita-se, que se organiza, segundo seu arcabouço legal, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Portanto, é representativo de um sistema fragmentado de atenção à saúde. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais, pois pressupõe que a atenção primária/básica à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário.

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são



realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por conseqüência, a uma banalização da APS. (MENDES, 2011).

A proposta da Subcomissão busca **reformular o modelo assistencial do SUS** de um sistema fragmentado de atenção à saúde, fortemente hegemônico, organizado por meio de **pontos de atenção** à saúde isolados e incomunicados uns dos outros – e por conseqüência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população –, **pelo modelo assistencial em rede**, conformado por um sistema integrado de atenção à saúde, organizado através de porta de entrada e um conjunto coordenado de **pontos sistêmicos de atenção** à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população referenciada.

Oportuno lembrar que, em geral, no atual modelo assistencial do SUS (fragmentado) não há nem população referenciada nem responsabilidade sanitária por parte dos entes federados para atuarem em cooperação. Nesse modelo, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

Diferentemente, **o sistema em rede de atenção à saúde exige** que, para fins de planejamento sanitário, haja a **identificação da população usuária**<sup>42</sup> e a **estratificação de risco**. Exige ainda tanto a **cooperação intergovernamental** – por meio de um conjunto de **estabelecimentos de saúde integrados e articulados**, que se complementam na tarefa de garantir atenção universal e em consonância com o padrão de integralidade à saúde dos cidadãos – como um sistema de **garantia de acesso do cidadão ao SUS**, mediante **centrais gestoras, portas de entrada e pontos sistêmicos**, que tem a finalidade de atuar unificadamente na identificação das necessidades dos usuários do SUS, a fim de garantir-lhes o acesso às ações e serviços de saúde, equânime e em consonância com o padrão de integralidade. O quadro abaixo esquematiza as principais distinções entre o sistema fragmentado e um sistema em rede.

---

<sup>42</sup> Sobre população referenciada, retome-se o tema do princípio da universalidade, anteriormente exposto.





**QUADRO 5**  
As Características Diferenciais dos Serviços Fragmentados e das Redes de Atenção à Saúde

CARACTERÍSTICAS	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Coordenação da atenção	Inexistente.	Feita pelas centrais de gestão, por meio de porta de entrada.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos.	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas.	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e próximas e sobre as condições de saúde estabelecidas.
A forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa.
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência dos ambulatórios etc.)	Governança sistêmica que integre a atenção da saúde primária/básica, os pontos sistêmicos, os sistemas de apoio e de logística da rede.
População	Voltado para indivíduos isolados.	Voltado para uma população referenciada, estratificada por subpopulações de risco.
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política.	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população referenciada (em busca de atenção).
Conhecimento e ação clínica	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos.	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias.
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores.	planejamento das necessidades, definido pelo padrão de integralidade e da população referenciada.
Participação social	Participação social passiva, cartorial e a comunidade é vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença de governança da rede.

Fonte: Extraído e adaptado de Mendes (2011)



277F6C0F34

Sobre o tema, a Subcomissão formulou a definição de rede de atenção à saúde e a viabilidade de sua implantação. Colacionou os seguintes conteúdos: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, implicam um contínuo de atenção nos níveis primário/básico, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população. É chegado o momento de detalhar a proposta.

#### **7.5.2 Da organização em rede do SUS: a construção de uma rede intrafederativa de ações e serviços de saúde**

Como o objeto do desenho institucional é a governança, busca-se superar uma organização hierarquizada e uniforme e construir uma estrutura que os entes federados se interconectam pela interdependência, assim como que essa estrutura seja horizontal, com geometria variável segundo os diferentes tipos de ação e prestação de serviços de saúde.

Dessa forma, o relatório propõe que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS estejam organizados de forma descentralizada, regionalizada e de complementaridade, constituindo-se em uma rede intrafederativa de ações e serviços de saúde. Ou seja, uma rede de atenção à saúde construída dentro da Federação brasileira, que é formada por três esferas de governo. E essa rede abarca as ações e serviços de saúde prestados diretamente pelo SUS ou mediante participação suplementar da iniciativa privada.

Tal determinação ensejou com que o **relatório definiu rede intrafederativa de saúde** como os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, busquem garantir a



articulação e complementaridade entre entes federados na perspectiva de garantir acesso ao padrão de integralidade de modo universal e equânime para a população. Para isso o SUS deve ser organizado administrativamente com base na **integração de meios, serviços, ações, atividades e recursos**, e na **descentralização político-administrativa**. Esta descentralização é feita conforme exigirem as características demográficas e epidemiológicas da região, a capacidade instalada e resolutividade dos serviços do SUS.

A rede intragovernamental é formada pelas portas de entrada. A proposta do relatório diz que **se considera porta de entrada** o serviço do SUS especializado no primeiro atendimento ao indivíduo, o qual deverá ser dotado de capacidade técnica e humana de identificação das necessidades da pessoa, capaz de referenciá-la para os serviços de maior especialização ou complexidade, conforme o caso e a situação.

As portas de entrada às ações e serviços de saúde no SUS são:

- ✓ Unidades de atenção primária/básica, nela compreendidas os serviços de Saúde da Família;
- ✓ Unidades de urgência e emergência, entre as quais o serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- ✓ Centros de atenção psicossocial;
- ✓ Unidades especiais de acesso aberto.

Evidentemente que **podem ser criadas novas portas de entrada** no sistema, desde que aprovadas no Conselho Nacional de Gestão do SUS e no Conselho Estadual de Gestão do SUS. Cabe aos gestores tornarem públicas as novas unidades ou serviços de saúde definidas como portas de entrada do SUS.

De qualquer modo, a proposta do relatório assevera que é vedado o acesso ao SUS fora dos fluxos estabelecidos e as portas de entrada são consideradas serviços essenciais, conforme dispõe o art. 10, inciso II da Lei 7.783, de 1989 e art. 22 da Lei 8.078, de 1990.



Sobre porta de entrada, há outra observação a fazer: cada porta de entrada conterà **pontos sistêmicos** que disponibilizarão determinados rol de procedimentos, conforme suas especificidades. **Considera-se como ponto sistêmico** os pontos de acesso ao sistema, compreendidos todos os órgãos e entidades integrantes do SUS e os serviços privados contratados ou conveniados, os quais devem garantir ao indivíduo o direito à saúde.

Diante dessas propostas, consubstanciadas nos projetos em anexo, vê-se que a rede intrafederativa de ações e serviços de saúde deve configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, formados pela integração dos três níveis de governo. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o **critério do acesso aos serviços e ações de saúde**. É o que se verá a seguir.

### 7.5.3 Da garantia de acesso

Para o Institute of Medicine (1993), **a importância do acesso** centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar, positivamente, o estado de saúde das pessoas. Este instituto define o acesso como o uso, no momento adequado, de serviços e tecnologias de reconhecida efetividade, interessando saber se oportunidades de bons resultados – alteração positiva nas condições de saúde – estão sendo perdidas por problemas de acesso.

Igualmente, a Organização Mundial da Saúde (2001) propôs um **conceito de acesso** baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente.

Assim sendo, este relatório propõe a criação de um **Sistema de Garantia de Acesso**, cujo objetivo é atuar de maneira unificada no atendimento, identificação, reconhecimento e resolutividade das necessidades dos usuários do SUS. A finalidade é inequívoca: garantir-lhes acesso igualitário e equânime às ações e serviços de saúde que formam o padrão de integralidade. Logo, são **direitos assegurados no sistema de garantia de acesso**:



- ✓O acesso de todos os usuários do SUS às ações e serviços de saúde individual e coletiva reconhecidas no padrão de integralidade em condições de efetiva igualdade, inclusive no que toca os procedimentos administrativos decorrentes;
- ✓O atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos para assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela unidade sistêmica;
- ✓O acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva se dará independentemente do local do território nacional em que se encontre a cada momento os usuários do SUS, considerando especialmente as singularidades dos territórios isolados;
- ✓O acesso às ações e serviços de saúde considerados como de referência, na forma pactuada no Conselho Nacional de Gestão do SUS;
- ✓O marco de um tempo máximo de acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva de saúde, na forma pactuada no Conselho Nacional de Gestão do SUS<sup>43</sup>;
- ✓Aos usuários, a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nas ações e serviços, hospitais e em outras unidades integrantes de atenção à saúde.
- ✓A informação aos usuários de seus direitos e deveres; das ações e serviços de saúde que conformam o padrão de integralidade; das portas de entrada do sistema; do registro geral das unidades sistêmicas, centros, estabelecimentos e serviços de saúde do Ministério da Saúde, de caráter público;

Os direitos assegurados no sistema de garantia de acesso são aplicados a todas as unidades sistêmicas, portas de entrada do sistema,

---

<sup>43</sup> Busca-se atender o pleito do CNMP, expresso pelas promotoras Roseli Pery e Isabel Porto, conforme dito alhures.



centros, estabelecimentos, postos, clínicas, hospitais, públicos ou privados, sendo responsabilidade de cada ente federado velar por seu cumprimento no seu respectivo âmbito de jurisdição.

Contudo, anteriormente se acentuou que a **estratificação de risco** é elemento integrante de uma rede assistencial, motivo pelo qual a Rede Intrafederativa de Ações e Serviços de Saúde proposta levará em conta que o Sistema de Garantia de Acesso use os seguintes critérios: o grau de risco individual; a cronologia da demanda; a etapa em que se encontra o cuidado; o grau de vulnerabilidade e/ou exposição ao risco; a relação tempo de evolução e risco; e os protocolos clínicos definidos<sup>44</sup>.

De qualquer modo, o acesso igualitário e equânime às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa por meio da Rede Intrafederativa. Sem embargo, estão excluídos do Sistema de Garantia de Acesso os atendimentos de saúde diante de situações de catástrofes e as intervenções cirúrgicas de transplantes de órgãos e tecidos, cuja realização dependa da disponibilidade de órgãos e tecidos, observando a lista única prevista na legislação pertinente ao tema.

Ademais, nos casos de urgência e emergência e na ausência de serviços públicos conveniados e contratados próximo à ocorrência, **as ações e serviços privados de saúde suplementar são obrigados a prestar atendimento**. Posteriormente, a saúde suplementar deve **pleitear o ressarcimento** no órgão competente do SUS. O relatório definiu que o prazo para o ressarcimento não pode ultrapassar sessenta dias.

No mesmo diapasão lógico, naqueles serviços integrantes ou participantes do SUS em que houver acomodações especiais, opcionais ou particulares, havendo necessidades de atendimento, essas acomodações **deverão ser colocadas à disposição dos usuários sem qualquer ônus** para estes, ou às instituições e aos órgãos integrantes do sistema. Compete lembrar que toda a lógica da reestruturação do sistema de saúde, ora proposto pela

---

<sup>44</sup> Os protocolos clínicos de que trata este dispositivo serão elaborados pela Comissão de Gestão do Sistema de Garantia de Acesso, com apoio técnico do Complexo de Gerenciamento, submetidos a pactuação pelo Conselho Nacional de Gestão do SUS, por consenso.



Subcomissão, é que ele seja único, de modo que a abertura do serviço público de saúde para a iniciativa privada não impede a regulação do sistema como um todo.

Dessarte, é vedado às unidades sistêmicas e as instituições privadas que formam o SUS, inclusive a suplementar:

- ✓ Realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação e privilégios entre os usuários dos serviços de saúde;
- ✓ Prestar serviços de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade dos procedimentos entre usuários do SUS e os beneficiários de planos, seguros contratados ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados;
- ✓ Manter acessos diferenciados, inclusive de marcação de consultas, atendimentos, realização de procedimentos e exames, para usuários do SUS e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes<sup>45</sup>.

O corolário da existência de um sistema de garantia de acesso é a necessidade de que sejam definidas as regras e construída uma estrutura de articulação intergovernamental e administrativa que dê cabo das atribuições do sistema. Esta estrutura deve seguir a linha da governança, consoante se discorre abaixo.

#### **7.5.4 A construção de um sistema nacional de garantia de acesso**

O Sistema Nacional de Garantia de Acesso tem como atribuição garantir e viabilizar o acesso dos usuários do SUS de forma igualitária e equânime às consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais especializados, serviços hospitalares, serviços de urgência e emergência, tratamento fora do domicílio intra e interestaduais, transplantes de órgãos e tecidos, orientando e ordenando os fluxos assistenciais.

Para o fiel cumprimento dessa atribuição, é importantíssimo que o sistema estimule e facilite a cooperação entre os gestores do sistema de

---

<sup>45</sup> Novo atendimento ao pleito do CNMP, qual seja, a diferença de tratamento na marcação de consultas para com os usuários de plano de saúde.



saúde das três esferas de governo, assim como implante redes informatizadas integrando as portas de entrada e os pontos sistêmicos às centrais de acesso do sistema<sup>46</sup>. Conseqüentemente, o Sistema Nacional de Garantia de Acesso será instrumentalizado por **sistema informatizado de gestão e gerenciamento** com as seguintes características:

- ✓ Disponibilizar os procedimentos de forma individualizada ou configurada em pacotes conforme os tipos de estabelecimentos e as necessidades de saúde;
- ✓ Monitoramento da execução das ofertas de serviço e de procedimentos pactuados entre as unidades;
- ✓ Permissão do acesso do usuário aos níveis de atenção nas redes de prestadores estatais, públicos e privados;
- ✓ Permitir a geração de arquivos para alimentação das bases de dados;
- ✓ Permitir a geração de relatórios operacionais e gerenciais;
- ✓ Gerenciar e monitorar as listas de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico;
- ✓ Acompanhamento da evolução da execução das ações e serviços de saúde.

Esta Subcomissão acrescenta como atribuições do Sistema Nacional de Garantia de Acesso:

- ✓ Planejar as ações de gestão e gerenciamento do sistema de garantia de acesso;
- ✓ Monitorar o cumprimento dos pactos de garantia de acesso que forem estabelecidos pelos Conselhos de Gestão do SUS;
- ✓ Manter protocolos assistenciais e operacionais pactuados entre os entes federados, entidades representantes de classes e

---

<sup>46</sup> Quando se discorrer sobre a estruturação do sistema de garantia de acesso, se compreenderá melhor o que são e o papel dessas centrais.





especialidades, seguindo a lógica de acesso equânime às tecnologias de saúde;

- ✓ Acompanhar e avaliar as atividades através de relatórios gerenciais;
- ✓ Fornecer informações referentes à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;
- ✓ Identificar pontos de estrangulamento na assistência à saúde e encaminhar providências ao gestor para sanar o problema;
- ✓ Disponibilizar informações para o acompanhamento do contrato de ação pública.

Portanto, caberá aos entes federados, por meio da **Comissão de Gestão do Sistema de Garantia de Acesso** e do **Complexo de Gerenciamento**<sup>47</sup>: orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

#### **7.5.5 Da estrutura organizacional do Sistema Nacional de garantia de acesso**

O Sistema Nacional de Garantia de Acesso tem a seguinte **estruturação**: Comissão de Gestão do Sistema Nacional de Garantia de Acesso; Complexo de Gerenciamento Nacional, Estadual e Municipal; Portas de Entrada e Pontos Sistêmicos.

A **Comissão de Gestão do Sistema Nacional de Garantias de Acesso** é o órgão responsável pelo planejamento, acompanhamento, avaliação e controle do Sistema Nacional de Garantia de Acesso. Para garantir a efetividade de sua atuação, a Comissão de Gestão deverá considerar:

- ✓ A responsabilidade sanitária firmada em contrato de ação pública;
- ✓ A definição de quantas e quais centrais de acesso comporá o sistema;

<sup>47</sup> Tópico seguinte apresenta a estruturação do sistema de garantia de acesso, daí que se compreenderá o que é a Comissão de Gestão e o Complexo de Gerenciamento.



- ✓A área de abrangência e o procedimento de cada central de acesso;
- ✓O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis;
- ✓O fluxo de informações das unidades solicitantes e unidades executantes;
- ✓As rotinas operacionais, tais como o horário de funcionamento, dias da semana e perfil dos profissionais;
- ✓A aptidão para receber e dar respostas a todas as solicitações de atendimento;
- ✓Os protocolos clínicos e de regulação definidos;
- ✓Utilizar instrumentos de avaliação para monitoramento dos processos e dos resultados.

Essa Comissão de Gestão do Sistema Nacional de Garantia de Acesso **será constituída** pelo Coordenador de Gestão do Sistema, indicado pelo Ministério da Saúde, que a preside; pelo Coordenador do Complexo de Gerenciamento e pelos responsáveis das centrais de acesso de cada unidade sistêmica.

Por seu turno, o **Complexo de Gerenciamento** representa o **órgão operacional** do Sistema Nacional de Garantia de Acesso e terá a seguinte organização: coordenação e assessorias de informações em saúde e centrais de acesso. Estas, por sua vez, serão formadas pela Urgência e emergência; Serviços hospitalares; Serviços ambulatoriais especializados; Módulos regionais; Módulos de alto custo; Serviços de tratamento fora de domicílio; Serviços de transplante, de modo a manter coerência com as portas de entrada no SUS.

Além disso, o Complexo de Gerenciamento é composto de estruturas denominadas de **Centrais de Acesso** nos estados, Distrito Federal e Municípios, que **compreendem toda a ação do processo de gerenciamento**, isto é, recebem solicitações de atendimento, processam e garantem aos usuários ações e serviços de saúde que atendam as suas necessidades.

São atribuições básicas das Centrais de Acesso:



- ✓ Gerenciar a lista de pacientes, levando em conta o tempo médio de realização dos procedimentos, ou o tempo médio de espera na lista, associado à gravidade da situação e o conjunto de ações necessárias para restituir a autonomia e/ou satisfazer as necessidades de saúde do usuário;
- ✓ Analisar através de informações demográficas e clínicas relativas ao paciente sobre a prioridade na realização e o fluxo no sistema de saúde;
- ✓ Considerar o protocolo de regulamentação e o protocolo clínico durante o processo de trabalho;
- ✓ Monitorar a oferta, a demanda, a relação oferta e demanda de procedimentos e das listas de pacientes levando em consideração a necessidade de saúde e se preocupando em orientar o usuário nas linhas de cuidado;
- ✓ Monitorar o fluxo de pacientes nas salas de acolhimento e leitos de retaguarda dos serviços de urgência e emergência;
- ✓ Observar a utilização da capacidade instalada para o cuidado com o usuário;
- ✓ Sugerir a mobilização de recursos humanos e materiais para garantir a operação dos equipamentos de saúde;
- ✓ Fornecer informações sobre a situação dos usuários nas listas para esferas de gestão ou do controle.

É bom lembrar que vige no SUS o acesso aos procedimentos de alta complexidade por meio das centrais específicas, que são centrais de regulação – nacionais ou estaduais<sup>48</sup>. Atualmente, as centrais que

---

<sup>48</sup> As Centrais de Regulação, que são as estruturas básicas do complexo regulador, compreendem toda a ação por meio do processo regulatório, ou seja, são responsáveis pelo recebimento, processamento e agendamento das solicitações de atendimento. Estas atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas, como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência,



estão normativamente estruturadas são as que controlam o universo de procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC<sup>49</sup> e os relacionados à terapia renal substitutiva e aos transplantes. Essa central tem por atribuição regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, de caráter eletivo, desde que haja ausência de oferta de serviços em seu estado de residência ou insuficiência avaliada e comprovada, e garantir o financiamento dos atendimentos.

Nos estados, a CNRACs é representada pelas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade – CERAC, que devem estar integradas às ações das demais centrais de regulação<sup>50</sup> dos estados. As CERACs devem responder também pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem, nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumatologia ortopedia.

No que toca o acesso a transplantes de órgãos e tecidos, por sua vez, é realizado pelo Sistema Nacional de Transplantes – SNT, criado em 1997, que tem como atribuição desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas. Uma central nacional gerencia a lista de receptores e coordena a distribuição de órgãos entre os estados, articulando o trabalho das demais centrais do país. A fila para transplantes no SUS para cada órgão ou tecido é única, com critérios técnicos, geográficos e de urgência específicos para cada tipo de órgão ou tecido, e é disciplinada pela Portaria GM/MS no 3.407, de 5 de agosto de 1998.

O Complexo de Gerenciamento Nacional será **coordenado** por um representante do Ministério da Saúde e o Complexo de Gerenciamento Estadual e Regional na forma como dispor o estado-membro.

---

as internações, além das consultas e dos procedimentos ambulatorial de média e alta complexidades.

<sup>49</sup> Portaria GM/MS no 2.309, de 19 de dezembro de 2001, e Portaria SAS no 589, de 27 de dezembro de 2001

<sup>50</sup> Central de Regulação de Urgência, Central de Regulação de Internações e Central de Regulação de Consultas e Exames.



277F6C0F34

É de se notar que não se pode tratar de um Sistema de Garantia de Acesso se, concomitantemente, não for estabelecido um código ético que conforme as relações deste sistema com os princípios da igualdade e da equidade, assegurando **direito aos usuários** à igual tratamento e equidade no acesso. Devemos enfrentar, agora, essa questão.

### 7.5.6 Da igualdade e equidade do acesso

Um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde é a **qualidade das ações e serviços de saúde**. As ações e serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos predefinidos de estrutura, padrão e qualidade, daí a noção primeira de formação de um padrão de integralidade e de responsabilidade sanitária, por meio tanto do planejamento de ações e serviços de saúde como do mapa sanitário.

A melhoria da qualidade da atenção ofertada pelo SUS tem sido objeto de algumas ações. Exemplos de iniciativas adotadas nestas duas décadas: as centrais de marcação de consultas; as medidas de acolhimento e humanização do atendimento; as ações voltadas para a melhoria da assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido e ao atendimento a urgências e emergências a implementação de ações especialmente desenhadas para segmentos populacionais específicos, visando assegurar o atendimento de suas necessidades, notadamente mulheres, crianças e adolescentes, homens, população negra e idosos; e o estabelecimento de padrões mínimos de qualidade em infraestrutura e recursos humanos e nas rotinas assistenciais.

Mencione-se também que a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS tem, entre as medidas implementadas, o estímulo ao acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde, a gestão compartilhada e o acolhimento do familiar/cuidador. O HumanizaSUS também inclui o Programa de Formação em Saúde e Trabalho e atividades de qualidade de vida e atenção à saúde para os trabalhadores do setor. Além disso, desenvolve e oferece cursos, oficinas e seminários e certifica e divulga experiências bem sucedidas de humanização no SUS.



A despeito de todas essas medidas, o que se constata são deficiências e insuficiências. Permanecem críticas relacionadas à demora no atendimento, às filas de espera e a insuficiência de aparelhos técnicos, humanos e de medicamentos.

A constituição de um sistema de atenção à saúde por meio de rede, no caso brasileiro, de uma Rede Intrafederativa de Ações e Serviços de Saúde e de um Sistema Nacional de Garantia de Acesso enseja que o SUS seja submetido: a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; a programa de controle de qualidade; a ações e serviços sejam ofertados em tempo oportuno; segurança para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; prestação de serviço de forma humanizada e satisfação das expectativas das pessoas usuárias. O conjunto desses requisitos requer a fixação dos **direitos dos usuários do SUS**, inclusive no que toca à **isonomia e equidade**.

Logo, o direito básico a ser posto para a garantia da igualdade e da equidade do acesso é o da **criação de lista única informatizada de ordenamento do acesso** às ações e serviços de saúde, fundada na estratificação do risco e no critério cronológico, consoante exposto anteriormente.

O relatório também determina que essa lista seja **pública e transparente**, devendo ser de **livre acesso** para consultas e **amplamente divulgada** por todos os meios, inclusive na rede mundial de computadores (Internet), como forma de viabilizar seu acompanhamento pelos órgãos de controle, auditoria e monitoramento. O princípio constitucional republicano, da isonomia e das diretrizes que regem a Administração Pública – legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência – estão contemplados. Há um ataque direto ao uso do atendimento público às ações e serviços de saúde para fins clientelistas e de barganha política.

Evidentemente que para a implantação e efetividade da lista, todo usuário deve ser **cadastrado no SUS**, através do **Cartão Nacional de**



**Saúde**<sup>51</sup>, ou documento similar. Contudo, veda-se ao SUS deixar de atender os usuários sem o cadastro e/ou o referido cartão<sup>52</sup>.

Nesse contexto, o relatório prescreve que os usuários das ações e serviços de saúde públicos ou privados dispõem dos seguintes direitos:

1. Ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
2. Ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
3. Receber informações claras, objetivas e compreensivas sobre:
  - ✓ hipóteses diagnósticas;
  - ✓ diagnósticos realizados;
  - ✓ exames solicitados;
  - ✓ riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
  - ✓ duração prevista do tratamento proposto;
  - ✓ no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicado, o instrumental a ser utilizado;
  - ✓ as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e conseqüências indesejáveis e duração esperado do procedimento;
  - ✓ exames e condutas a que será submetido;

---

<sup>51</sup> O projeto Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS – foi concebido juntamente com a implantação da Norma Operacional Básica do SUS, em 1996, como um sistema de informação. Dos esforços já iniciados com vistas à implantação do Projeto do Cartão Nacional de Saúde, talvez o maior e mais importante tenha sido o cadastramento dos usuários do SUS, atribuindo-se a cada cidadão um número, baseado no número PIS/Pasep. O cadastramento para o Cartão Nacional de Saúde pode ser dividido em duas fases: (1) o início do processo de cadastro realizado nos municípios do Projeto Piloto; (2) o cadastramento nacional para a expansão do Projeto Cartão SUS. O Ministério da Saúde instituiu o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamentou sua implantação através da Portaria MS/GM nº 17, de 13 de fevereiro de 2001.

<sup>52</sup> Sobre a “situação atual do Cartão Nacional de Saúde: dificuldades, soluções e encaminhamentos”, vide CONASS (2011), especialmente item 7.6.4, p. 201.



277F6C0F34

✓ a finalidade dos materiais coletados para exame;

✓ alternativas de diagnóstico e terapêuticos existentes;

1. Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem nele realizados;
2. Consultar, em qualquer momento, o seu prontuário médico;
3. Receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação da profissão;
4. Receber os medicamentos prescritos acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara;
5. Receber as receitas com o nome genérico das substâncias prescritas; digitalizada ou escrita de modo legível; sem utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome do profissional e o número do seu registro no órgão de regulamentação da profissão e a assinatura do profissional;
6. Ser acompanhado, se assim desejar, nas consultas e internações, por pessoa por ele indicada;
7. Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;
8. Ter um local digno e adequado para o atendimento;
9. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento for experimental ou fizer parte de pesquisa;
10. Ter resguardado o segredo sobre os seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;



277F6C0F34



11. Poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis e legíveis;
12. Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e optar pelo local da morte.

No que respeita os segmentos sociais previamente considerados vulneráveis, o relatório dispõe que:

- ✓ A **criança** e o **idoso** internados terão em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-las integralmente durante o período de internação.
- ✓ A **mulher grávida** poderá ter a presença do pai do feto nos exames pré-natais e no momento do parto, se assim desejar, podendo indicar outra pessoa.

Esta comissão acredita que o Sistema Intrafederativo de Garantia de Acesso é o mais **potente instrumento de governança sistêmica de promoção da igualdade e equidade no acesso às ações e serviços de saúde**, reduzindo drasticamente o uso político no acesso.

### 7.6 A Reforma do SUS Constitucional: Modelos Gerenciais

Não são novos os desafios identificados no SUS e os desafios a enfrentar. A Subcomissão buscou examiná-los. Basta examinar o correspondente plano de trabalho. São também conhecidas as medidas necessárias para superação das dificuldades a serem enfrentadas, dentre elas destacamos a necessidade de introduzir mecanismos de gestão capazes de responder às especificidades setoriais e conferir efetividade ao SUS. Isto é o objeto desta seção<sup>53</sup>.

A falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais é repetidamente referida como o fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta prestar serviços hospitalares com agilidade e qualidade. As unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros

---

<sup>53</sup> Seção extraída livremente de OLIVEIRA JR.; SILVA FILHO (2010).



problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa que acabam por comprometer sua efetividade. Uma delas é a dificuldade de incorporar profissionais e especialistas de saúde no número e na diversidade que se fazem necessários. É igualmente prejudicada a relação com o mercado de insumos de saúde – medicamentos e equipamentos – e com os parceiros do setor privado, que têm em comum a característica de alto dinamismo tecnológico.

Os motivos da baixa efetividade podem ser desdobrados da seguinte maneira:

- ✓ Reduzida autonomia técnico-administrativa devido às normas e aos procedimentos que são típicos da administração direta;
- ✓ Limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, especialmente quanto à admissão e à expansão dos recursos humanos;
- ✓ Falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente; e
- ✓ Dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque algumas destas especialidades, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público, e quando prestam não assumem as vagas disponíveis<sup>54</sup>.

Atualmente três modalidades institucionais principais se apresentam aos gestores do SUS como possíveis soluções para o problema da falta de autonomia gerencial das unidades assistenciais, a saber, a Organização Social – OS, a Fundação Estatal – FE<sup>55</sup> e a empresa pública – EP. Além dessas

---

<sup>54</sup> Observar reunião de trabalho do dia 16 de julho, “Profissionais e Recursos Humanos”, que citou expressamente o caso dos anestesistas (Vide apêndice deste Relatório, item “J”).

<sup>55</sup> Pode-se chamar fundação estatal, desde que não se confunda com a fundação pública ou autárquica. Diversos juristas e administradores, sem um consenso terminológico, a chamam de fundações governamentais. Qualquer que seja o nome escolhido, mister se faz perceber as suas respectivas características .



três modalidades, havia a fundação de apoio – FA<sup>56</sup> e existe a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP. Examinar-se-á cada uma delas.

### 7.6.1 Comparativos entre modelos de gestão

As FAs têm como missão precípua o apoio às atividades de pesquisa e ensino realizadas pelo hospital, e ao se imiscuírem nas atividades de gestão deixam de respeitar esse limite legal. As OSs configuram-se como entidades gestoras, de caráter privado, mas sem finalidade de lucro, e se vinculam às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão. Já as FEs constituem fundações públicas com estrutura de direito privado, caracterizadas por obedecerem a regras flexíveis ou simplificadas de direito administrativo e por estarem adstritas ao âmbito da administração indireta do Estado. Por sua vez, as EPs ainda não estão institucionalizadas. Elas são derivadas do Projeto de Lei 1.749, de 2011, de iniciativa do Poder Executivo, que cria a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH<sup>57</sup>.

Evidentemente que ao lado dessas novas modalidades, existem as tradicionais vias de prestação de ações e serviços de saúde por meio da Administração Pública autárquica ou pelas fundações autárquicas, que exatamente oferecem os problemas que são argüidos como impedidos para a gestão efetiva do SUS, conforme anteriormente aduzidas.

De qualquer maneira, a Subcomissão do SUS constatou, por meio das missões oficiais ao Reino Unido e da Espanha, e a França, bem como pelas reuniões de trabalho e viagens nacionais para conhecer modelos exitosos, que **existe uma tendência de migração da prestação de ações e serviços de saúde para organismos e instrumentos mais ágeis do Estado**. Ou seja, há uma convergência de se manter o serviço de saúde como público e sob o poder político, mas o exercício da atividade se desloca para **entidades que disponham de maior autonomia para gestão e a contratação de recursos humanos**.

<sup>56</sup> Diante da decisão do Tribunal de Contas da União por meio do Acórdão 2731, de 2008 – Plenário, de fato e de direito, prorrogou o prazo para retificação, pois as FAs não servem mais como critério para modelo gerencial no âmbito universitário. Aliás, nunca serviram, tratava-se de um desvio de funcionalidade.

<sup>57</sup> Até a data de fechamento deste Relatório, a matéria estava no Senado Federal (PLC 79, de 2011) com um único parecer proferido pela Comissão de Educação, Cultura e Esporte, que concluía pela rejeição do projeto.



Faz-se a seguir uma descrição da situação atual dessa tendência de inovação institucional do SUS em seus aspectos qualitativos e quantitativos. É útil começar pela visão qualitativa, resumindo o conjunto dos aspectos legais e organizacionais das seis modalidades.

QUADRO 10

	Fundação de Apoio	Organização Social e OSCIP	Fundação Estatal	Empresas Públicas
Base Legal	Lei 8.958, de 1994 e Decreto 5.205, de 2004.	Lei 9.637, de 1998 e Lei 9.790, de 1999	Art. 5º, IV do Decreto-Lei 200, de 1967, incluído pela Lei 7.596, de 1987. Projeto de Lei 92, de 2007 que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da CF/88 - em tramitação.	Art. 5º, II, Decreto-Lei 200, de 1967 e art. 5º do Decreto-Lei 900, de 1969. PLC 79, de 2011, que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH.
Relação com a Administração Pública	Não é Administração Pública	Não é Administração Pública	Administração Indireta	Administração Indireta
Personalidade Jurídica	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado	Direito Privado
Normas de Direito Público	Não observa	Não observa	Regime Administrativo Mínimo	Maior Influência do Regime Administrativo (prestação de serviço público) <sup>58</sup>
Financiamento e Fomento	Convênio	Contrato de gestão e Termo de Parceria	Contrato de Autonomia	Contrato de metas de desempenho e indicadores para avaliação.
Autonomia	Orçamentária e Financeira	Orçamentária e Financeira	Orçamentária e Financeira	Orçamentária e Financeira
Supervisão Ministerial	Do convênio	Sobre contrato de gestão e Termo de Parceria	Direta	Direta, na figura de acionista.
Controle Interno e Externo	Dos recursos do convênio	Dos recursos do contrato de gestão	Controladoria-Geral da União (GCU) e Tribunal de Contas da União (TCU).	Controladoria-Geral da União (GCU) e Tribunal de Contas da União (TCU)

Extraído com adaptações de OLIVEIRA JR.; SILVA FILHO (2010).

<sup>58</sup> Considerar a diferença entre a empresa estatal (empresa pública ou sociedade de economia mista) prestadora de serviço público e exploradora de atividade econômica. No caso da EBSEH, considerou-se como prestadora de serviço público.



### 7.6.1.1 Fundações de apoio

A lei federal que facultou a criação das fundações de apoio é de 1994, portanto, precede às iniciativas de reforma administrativa do Estado. O decreto regulamentador mais recente, de 2004, explicita que suas atividades abrangem, em instituições federais, “o gerenciamento de projetos de ensino, pesquisa e extensão, e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico”. No caso dos hospitais, as principais beneficiárias são as unidades ligadas às universidades federais. Contudo, alguns dos hospitais do MS e das UFs enquadram-se nestas condições e atualmente mantêm fundações de apoio. Não se tem informação, entretanto, sobre quantos hospitais contam com fundações de apoio.

Com o passar dos anos, as fundações de apoio de grandes hospitais federais e estaduais foram diversificando suas funções e acabaram por exercer apoio não somente às atividades de ensino e pesquisa, mas também à gestão flexível dessas unidades assistenciais, especialmente no campo dos recursos humanos. Por exemplo, em situações que caracterizam patente carência de quadros de pessoal para o funcionamento dos hospitais, as fundações de apoio realizam contratação de celetistas ou temporários para assumir funções assistenciais e administrativas.

De sua parte, o Ministério Público tem movido ações por enxergar irregularidade nessa mediação exercida por uma entidade privada nos contratos de força de trabalho com o poder público. E como já mencionado, o TCU exarou o acórdão 1.520, de 2006, que em definitivo para a União colocou fim ao desvio de funcionalidade dessas entidades no âmbito Universitário.

### 7.6.1.2 Empresa estatal

O mencionado Acórdão nº 1.520/2006 – Plenário, data o dia 31/12/2010 para regularização da força de trabalho de vários órgãos públicos que empregam trabalhadores terceirizados em situação ilegal. Entretanto, nem todos os órgãos públicos alcançaram o cumprimento dessa meta, inclusive os **hospitais universitários das instituições federais** que possuem 26.556 trabalhadores terceirizados. Nesse contexto, o Poder Executivo, visando oferecer uma solução



277F6C0F34

para a questão da força de trabalho terceirizada dos hospitais universitários, propôs que fosse autorizada a criação de empresa pública destinada a apoiar as atividades dos hospitais universitários, com o emprego de pessoal admitido por concurso público, **em substituição aos terceirizados recrutados por meio das fundações de apoio às universidades.**

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH foi autorizada, inicialmente, por meio da Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Em 25 de maio de 2011, a Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei de conversão da referida medida provisória. Todavia, a MP 520 perdeu a eficácia em virtude do esgotamento de seu prazo de vigência antes que o Senado Federal se pronunciasse sobre a matéria.

Em virtude desse fato, em 5 de julho de 2011 o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 1.749, de 2011, tratando, novamente, da criação da EBSEH.

As finalidades da EBSEH, de acordo com o disposto no art. 3º do Projeto de Lei nº 1.749, de 2011, atualmente no Senado Federal sob a identificação PLC 79, de 2011, são as seguintes:

- ✓ Prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade.
- ✓ Prestação de serviços de apoio ao ensino e à pesquisa, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, no âmbito das instituições federais de ensino ou instituições congêneres.

As competências essenciais da EBSEH, consoante o texto do projeto, coerentes com suas finalidades, são as seguintes:

- ✓ Administrar unidades hospitalares.
- ✓ Prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.



277F6C0F34

- ✓ Prestar serviços de apoio às instituições federais de ensino, hospitais universitários e outras instituições congêneres, relacionados com ensino e pesquisa no campo da saúde pública.

O Projeto ainda estabelece que a EBSEERH poderá prestar os serviços relacionados com as suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres. Dessa forma, a EBSEERH poderá executar seus serviços diretamente ou com a colaboração das entidades federais de ensino. O contrato padrão deverá contemplar metas de desempenho, indicadores e prazos de execução, além da sistemática de acompanhamento e avaliação.

A EBSEERH terá um quadro de pessoal admitido por concurso público e regido pela Consolidação das Leis do Trabalho. Na fase de sua implantação, a EBSEERH poderá contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.

### **7.6.1.3 Organizações Sociais**

O conceito doutrinário de administração pública gerencial em substituição ao modelo burocrático foi defendido no Plano Diretor da Reforma Administrativa de 1995. Em reação ao modelo gerencial burocrático habitual, preconizou-se o processo de publicização por meio da modalidade institucional Organização Social – OS em áreas de serviços diretos aos cidadãos. A organização social pode ser descrita como entidade gestora privada, sem finalidade de lucro, que opera sob controle do poder público mediante contrato de resultados.

As OSs foram concebidas primariamente para prestar serviços de educação, saúde e investigação, em que supostamente há concorrência implícita entre os setores privado e público.

Pioneiro da implantação das OSs no SUS, o governo do estado de São Paulo<sup>59</sup> adotou este modelo para fins de gestão terceirizada em

---

<sup>59</sup> Vide a disponibilização de estudos e dados do próprio governo de São Paulo, por meio do representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, sr. Wladimir Taborda, a essa Subcomissão do SUS. Documentos anexados.



mais de uma dezena de hospitais na periferia da região metropolitana da capital no fim da década de 1990. Por sua vez, em 2006, São Paulo foi o primeiro município brasileiro a qualificar OSs para a operação de unidades hospitalares da sua rede.

Dados do CNES mostram que, em 2009, havia no país 106 unidades assistenciais de OSs operando no SUS. Tomando-se o dado do estado de São Paulo, esse número parece estar subestimado, já que, segundo informações divulgadas pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, estavam em funcionamento nesse ano nada menos que 35 estabelecimentos de OSs, entre hospitais, ambulatórios, centros de referência e laboratórios, portanto, sem contar as unidades de âmbito municipal.

Convém salientar que, freqüentemente, uma entidade gestora credenciada como organização social administra mais de uma unidade assistencial e, portanto, quando se fala de número de OSs é preciso ter em conta se o que está referido é o número de entidades mantenedoras ou o de unidades assistenciais mantidas.

#### QUADRO 11





**Número de unidades assistenciais vinculadas a OSs – Brasil, grandes regiões e UFs, outubro de 2009**

Região	Unidades assistenciais de OSs
Norte	15
Rondônia	1
Acre	1
Pará	13
Nordeste	12
Ceará	1
Pernambuco	2
Alagoas	1
Sergipe	3
Bahia	5
Sudeste	52
Minas Gerais	19
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	2
São Paulo	30
Sul	16
Paraná	7
Santa Catarina	6
Rio Grande do Sul	3
Centro-Oeste	11
Mato Grosso do Sul	5
Mato Grosso	2
Goiás	3
Distrito Federal	1
<b>Brasil</b>	<b>106</b>

Fonte: Datasus/CNES.

Na Lei Complementar nº 1.095, de 18 de setembro de 2009, o governo do estado de São Paulo estabeleceu que as fundações de apoio aos hospitais de ensino que tenham mais de dez anos de existência poderão ser qualificadas como OS.

Essa determinação legal recente cria um precedente que talvez venha a se constituir tendência para o conjunto do SUS, ou seja, a gradual transformação das fundações de apoio em organizações sociais gestoras de hospitais, notadamente após a aludida decisão do TCU.

Existem poucos estudos comparativos sobre eficiência e efetividade de desempenho entre os hospitais de OSs e os da administração



277F6C0F34

direta. Contudo, é importante os dados ofertados pelo depoimento do representante do estado de São Paulo, a saber:

(...) Uma publicação do Banco Mundial mostra de maneira muito resumida o impacto do resultado. Aqui são comparados 10 e 12 hospitais do modelo de OS e do modelo da direta, mostrando que a produção no hospital de OS, com o mesmo perfil de complexidade, com o mesmo tamanho e mesmo número de leitos, produz 30% a mais em relação ao modelo tradicional. As pessoas ficam 36% menos no hospital, contratam-se mais enfermeiros e menos médicos, numa composição de custo mais efetiva, algo que faz diferença em hospitais e, ainda por cima, custa menos.

(...)

Por último, é importante salientar que o modelo avança no Brasil. Hoje, isso já não é mais uma experiência, mas uma realidade concreta. Em São Paulo, que foi o primeiro do grupo, vamos chamar assim, o modelo avançou bastante. Dos 60 hospitais do Estado, 30 são gerenciados por OS. Vejam que o modelo acontece em diferentes Estados e Municípios que regulamentam a lei.

(...)

Os hospitais gerenciados por OS têm desempenho muito satisfatório — e isso está bem documentado em nosso Estado. As pessoas gostam do que vêem, as avaliações de resultados são muito positivas e o modelo de gestão pode ser estendido para outros serviços. O segredo para o sucesso, acho eu, é a relação de transparência e confiança entre o Governo e o parceiro — isso é uma parceria, e, especialmente, a capacidade de gerenciar pessoas voltadas para resultados tem sido aquilo que faz a diferença em hospitais gerenciados por OS.

Quinhões (2009), em pesquisa que envolveu estudo de caso de três hospitais em regime de OS no estado de São Paulo, concluiu que esse modelo exibe “desempenho significativamente mais satisfatório em comparação com o grupo de hospitais da administração direta”, em termos de eficiência geral – altas hospitalares por leito e atendimentos ambulatoriais por sala – e de produção de serviços por pessoal disponível.



#### 7.6.1.4 Fundação estatal

Antes da Constituição de 1988, a figura da fundação instituída e mantida pelo Estado foi muito utilizada como instrumento para a prestação de serviços de interesse público de cunho não econômico. Surgiram, ou foram transformadas, com extinção de anteriores autarquias, entidades com essa estrutura na área educacional (Universidades Públicas Federais criadas no período), cultural (Fundação Joaquim Nabuco), na área até de serviços públicos típicos (como o IBGE). Festejava-se aquela espécie de ente como forma de prestação de serviços sem as peias do regime de direito público.

Entretanto, progressivamente, a doutrina publicista brasileira, defendida a partir de Bandeira de Mello<sup>60</sup>, ganhou fôlego. Digladiavam-se os autores a partir de dois posicionamentos. O primeiro defendendo a natureza tipicamente privada das fundações instituídas e mantidas pelo Estado e o segundo defendendo serem meras espécies do gênero autarquia. Essa segunda corrente prevaleceu na Constituição de 1988, passando-se a entender, sem maiores discussões que as fundações nada mais seriam que espécies do gênero autarquia.

Com a reforma do Estado brasileiro, esta Subcomissão do SUS observa que houve alteração do regime jurídico das fundações instituídas pelo Estado com a EC nº 19, de 1998, especialmente ao art. 37, XIX da Constituição.

É interessante lembrar que a jurisprudência, por sua vez, também evoluiu, no sentido da aceitação e reconhecimento da publicização desses entes fundacionais. Dentre outros, pode-se lembrar o conflito de jurisdição 6.073-MG, STF Pleno - Relator Ministro Cordeiro Guerra, admitindo a possibilidade de dois regimes jurídicos de fundações instituídas pelo Estado a depender do regime jurídico e do objeto. Pode-se afirmar que o STF apresentou várias fases interpretativas em relação a essa questão. Primeiramente, adotou a tese privatista de Hely Lopes Meirelles<sup>61</sup>. Posteriormente, aquela Corte passou a aceitar a tese da existência das Fundações de Direito Público, entendendo que

<sup>60</sup> Vide Natureza Jurídica das Autarquias, 1968, p. 84 e segs.

<sup>61</sup> Nesse sentido, Recurso Extraordinário 75.315-GO, 1º Turma e Conflito de jurisdição 6.175-2ª Turma.



277F6C0F34

aquelas que assumiam a gestão de serviços públicos seriam enquadráveis como espécie do gênero autarquia. Nesse sentido, dentre outros o Recurso Extraordinário 101.126, de 24 de outubro de 1984, que teve como relator o Ministro Moreira Alves, com a seguinte Ementa:

*Nem toda Fundação instituída pelo Poder Público é fundação de Direito Privado. As Fundações instituídas pelo Poder Público que assumem a gestão de serviço estatal e se submetem a regime administrativo previsto, nos Estados-membros, por leis estaduais, são fundações de direito público e, portanto, pessoas jurídicas de direito público. Tais fundações são espécies do gênero autarquia, aplicando-se a elas a vedação a que alude o parágrafo 2º, do art. 99, da Constituição Federal.*

Também, no mesmo sentido, o Conflito de Jurisdição 6.566 - Relator Aldir Passarinho, onde esse, em seu voto condutor, destacava:

*(...) as fundações instituídas pelo Poder Público, que assumem a gestão de serviço estatal e se submetem a regime administrativo previsto, nos estados membros, por leis estaduais, são fundações de direito público que integram o gênero autarquia. O mesmo obviamente ocorre em relação a fundações que assumem a gestão de serviço estatal e se submetem a regime administrativo no âmbito da União por leis federais.*

A já mencionada EC nº 19, de 1998, diferenciou a autarquia em sentido estrito da fundação pública, inclusive quanto ao processo de criação. Enquanto em relação às autarquias o art.37, XIX, exige lei especial para criação, em relação às fundações públicas a lei especial é, de acordo com o dispositivo, apenas um instrumento autorizativo.

Evidentemente, o objetivo da EC nº 19, de 1998, foi especializar as fundações, tanto que, novas só surgirão para atuar nas áreas a serem definidas por lei complementar, fazendo cessar a criação, sem critério, dessas entidades como vinha ocorrendo. A necessidade do procedimento complementar à lei servirá, inclusive, para afetação de patrimônio destinado a possibilitar ao ente fundacional alcançar seus objetivos. Com o novo texto constitucional, e a edição da prevista lei complementar, ter-se-á como critério diferenciador, além do substrato, o procedimento de criação e a área de atuação,



277F6C0F34

podendo-se, por previsão legal, ter, inclusive, regime diferenciado de pessoal, face à modificação do art.39 da Carta Constitucional e possibilidade de uma pluralidade de regimes jurídicos de pessoal<sup>62</sup>.

Oportuno lembrar que o MPOG ensejou a formação de comissão de juristas com a missão de elaborar, como proposta para amplo debate, anteprojeto de lei orgânica da Administração Direta e Indireta<sup>63</sup>. O modelo de fundação estatal está incorporado nessa minuta de anteprojeto, cujas diretrizes poderão culminar com a implantação de marco renovador do direito administrativo no país, contendo regras mais flexíveis para reger as áreas de prestação direta de serviços aos cidadãos, entre as quais se encontram os hospitais públicos.

Ao contrário das OSs, as FEs constituem modalidade institucional integrante da administração pública indireta. Gozam, no entanto, de razoável autonomia na formação e na execução do seu orçamento, mas estão obrigadas a cumprir com os objetivos do contrato mantido com o poder público correspondente.

Em resumo, são estas as características institucionais mais importantes de uma fundação estatal no SUS:

- ✓ Personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil.
- ✓ Patrimônio e receitas próprias.
- ✓ Autonomia gerencial, orçamentária e financeira.
- ✓ Integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS.
- ✓ Contrato de autonomia com o órgão público dirigente da esfera em questão, com especificação de metas e indicadores a serem alcançados.

---

<sup>62</sup> Vide decisão do STF que suspendeu os efeitos do art. 39 da CF/88, no tocante a contratação de pessoal. Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2135. Observar que a decisão judicial se funda em vício de votação legislativa (aspecto formal) e não de mérito, o que implica possibilidade de retomada do tema pelo Congresso Nacional e Poder Executivo.

<sup>63</sup> Vide Portaria 426, de 2007 e o resultado final (relatório) no dia 16 de julho de 2009.



- ✓ Exclusividade no atendimento de clientela do SUS.
- ✓ Submissão ao sistema de controle interno de cada poder federativo.
- ✓ Receitas constituídas pelas rendas obtidas na prestação de serviços e no desenvolvimento de suas atividades – não constam do orçamento do ente federativo correspondente.
- ✓ Obrigatoriedade de seleção pública para admissão de recursos humanos, sendo regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito à negociação coletiva.
- ✓ Obrigatoriedade de obediência a um conjunto simplificado de normas de licitação pública.

Esclareça-se que a denominação contrato de autonomia, item acima referido, é sugerida pela aludida comissão de juristas para distinguir duas funções: a autonomia outorgada no âmbito da administração pública tendo como contrapartida o alcance de metas; e a contratação de metas às OSs como entidades privadas.

Em conclusão, as fundações poderão ser um importante instrumento institucional para a flexibilidade da gerência do SUS.

#### **7.6.1.5 Organização da Sociedade Civil de Interesse Público**

De sua parte, as OSCIPs constituem nova modalidade institucional que não concorre com a OS e a FE para efeito de prestação de ações e serviços de saúde pelo SUS. Constituem típicas ONGs do terceiro setor que não podem administrar bens e recursos humanos originários da esfera da administração pública.

Atuando especialmente no âmbito comunitário, as OSCIPs podem estabelecer parcerias com o SUS com vista a realizar atividades de saúde em sentido complementar, fazer avaliações de desempenho das unidades assistenciais e realizar pesquisas variadas sobre questões de saúde. De modo geral, as OSCIPs não participam da gerência das unidades assistenciais do SUS, a não ser a título colaborativo em função eventual de assessoria.



Há indícios de que essas organizações foram criadas para administrar os recursos humanos da estratégia Saúde da Família, especialmente os agentes comunitários de saúde. Porém, na medida em que as equipes estão hierarquicamente subordinadas ao comando das secretarias municipais, fica evidenciado que se trata de terceirização juridicamente espúria, mecanismo que não pode ser reconhecido como efetiva parceria entre o terceiro setor e o Estado.

QUADRO 12

## Título de OSCIP segundo finalidade da entidade – Brasil, 2009

Finalidade	Número	%
Ambiental	567	10,9
Assistencial	1.422	27,3
Beneficente	170	3,3
Cidadania	192	3,7
Creditícia	272	5,2
Educacional	224	4,3
Saúde	192	3,7
Outros	2.173	41,7
<b>Total</b>	<b>5.212</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MJ.

As OSCIPs são tituladas em avaliação conduzida pelo Ministério da Justiça – MJ, a partir do que passam a estar credenciadas a celebrar termos de parceria com o Poder Executivo da União, dos estados e dos municípios. Verifica-se no quadro 12 a existência de um número surpreendentemente reduzido de OSCIPs atuando em temas de saúde – apenas 192 entidades, correspondendo a tão somente 3,7% do total.

QUADRO 13

## Título de utilidade pública segundo finalidade da entidade – Brasil, 2009

Finalidade	Número	%
Assistencial	5.112	40,9
Beneficente	2.833	22,7
Educacional	1.361	10,9
Hospitalar	1.141	9,1
Outros	2.053	16,4
<b>Total</b>	<b>12.500</b>	<b>100,0</b>

Fonte: MJ.

Quanto aos hospitais de entidades filantrópicas e beneficentes que operam em convênio com o SUS, sabe-se que seu interesse



277F6C0F34

maior é obter o título de utilidade pública, que lhes faculta isenções fiscais e previdenciárias. Para efeito de comparação com as OSCIPs, o quadro 13 discrimina as finalidades das entidades às quais foi concedido título de utilidade pública. Vê-se que a finalidade de serviços hospitalares encontra-se bem posicionada, em quarto lugar, correspondendo a 9,1% do total das entidades tituladas.

### 7.6.2 As novas modalidades de gestão e a contraposição

A Subcomissão do SUS ouviu dos seus participantes que é inviável o estabelecimento de um modelo único de gestão para todos os estados e municípios brasileiros<sup>64</sup>. Todavia, eles defenderam a flexibilidade de incorporação de profissionais e da relação com o mercado de insumos – dinâmico e de tecnologia – como forma de garantir eficiência e eficácia ao sistema de saúde. Portanto, o consenso é a necessidade de **garantir autonomia gerencial** para o SUS, mas **mantendo a natureza pública do serviço de saúde**.

Além disso, também ficou claro que onde houver **maior controle social** haverá maior viabilidade de contratos de terceirização de serviços, sejam eles prestados por quaisquer das novas modalidades.

Isso reforça o conjunto de constatação e depoimentos decorrentes das missões nacionais e internacionais promovidas por esta Subcomissão para conhecer outros sistemas de saúde, a saber: **a tendência de migração da prestação de ações e serviços de saúde para organismos e instrumentos mais ágeis do Estado**.

E de fato, as novas modalidades institucionais estão sendo implantadas pelos gestores em meio a conflitos com outros importantes atores do SUS. Os quadros acima colacionados já dão conta dos números de OSs, FAs, OSCIPs, FEs em atividades. Aliás, existe a potencial criação da EBSERH, conforme se mencionou anteriormente.

Os principais opositores às propostas de criação e implantação das novas modalidades institucionais do SUS têm sido as entidades

---

<sup>64</sup> Vide reunião de trabalho desta Subcomissão sobre o tema, no apêndice deste Relatório (item “I”), do dia 11/07/2011.





de trabalhadores da saúde e outros grupos organizados que atuam nos conselhos de saúde das três esferas de governo. Mas os próprios gestores mostram-se bastante divididos, sobretudo em relação à proposta de OSs. A implantação das OSs e das FEs nos estados e municípios vem gerando sérios conflitos políticos entre os conselhos de saúde e os gestores do SUS. Contudo, aparentemente esses conflitos não têm sido suficientes para reverter ou obstaculizar o curso desses projetos, e as OSs já estão presentes em quase todas as UFs, conforme quadro 11.

Por sua vez, é do conhecimento de todos que o MPOG encetou a realização de estudo pormenorizado das bases jurídicas e administrativas das FEs. A formulação deste modelo atendeu a uma solicitação feita em 2005 pelo MS, que considerava imperativa a completa transformação institucional dos hospitais federais do Rio de Janeiro, que viviam em constante crise de gestão de recursos humanos e materiais.

E realmente a proposta das FEs foi concebida pelo MPOG por demanda do MS<sup>65</sup>, mas o projeto de lei em tramitação prevê seu funcionamento em outras áreas, tais como a do esporte, da cultura e da previdência complementar. As ideias originárias do MS surgiram de uma avaliação negativa quanto ao desempenho do modelo atual da administração pública de hospitais. Foram reconhecidas, em primeiro lugar, a inadequação e a rigidez do modelo da administração pública direta e autárquica para uma gestão hospitalar do SUS que seja eficiente e de qualidade, problema que teria origem nas grandes limitações da autonomia de gestão – tanto em relação aos recursos humanos quanto à gerência de compras – e no relacionamento com o mercado de equipamentos e insumos. Para o MS, a fundação estatal representaria um caminho para solucionar essas questões.

A tramitação no Congresso Nacional do Projeto de Lei Complementar – PLP nº 92/2007, que cria a figura jurídica das fundações estatais, de especial interesse para a área de saúde, tem encontrado grandes obstáculos. Entre estes, uma posição contrária do CNS. Entre outros argumentos, o CNS alega que não havia necessidade de alterar a legislação vigente, pois o

---

<sup>65</sup> Trechos extraídos livremente de IPEA (2009).



modelo de contrato poderia ser aplicado para garantir a autonomia gerencial das unidades públicas. Afirma ainda que o projeto de fundação estatal iria contra a estabilidade dos servidores públicos e que mercantilizaria ainda mais a saúde. O CNS, em 2007, realizou o seminário sobre as Modalidades de Gestão do SUS, declarando:

Por um modelo de gestão dos serviços de saúde que: 1) seja estatal e fortaleça o papel do Estado na prestação de serviços de saúde; 2) seja 100% SUS, com financiamento exclusivamente público e operando com uma única porta de entrada; 3) assegure autonomia de gestão para a equipe dirigente dos serviços, acompanhada pela sua responsabilização pelo desempenho desses, com o aperfeiçoamento dos mecanismos de prestação de contas; 4) assegure a autonomia dos gestores do SUS de cada esfera de governo em relação a gestão plena dos respectivos fundos de saúde e das redes de serviços; 5) no qual a ocupação dos cargos diretivos ocorra segundo critérios técnicos, mediante o estabelecimento de exigências para o exercício dessas funções gerenciais; 6) envolva o estabelecimento de um termo de relação entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços de saúde, no qual estejam fixados os compromissos e deveres entre essas partes, dando transparência sobre os valores financeiros transferidos e os objetivos e metas a serem alcançados, em termos da cobertura, da qualidade da atenção, da inovação organizacional e da integração no SUS, em conformidade com as diretrizes do Pacto de Gestão; 7) empregue um modelo de financiamento global, que supere as limitações e distorções do pagamento por procedimento; 8) aprofunde o processo de controle social do SUS no âmbito da gestão dos serviços de saúde; 9) institua processos de gestão participativa nas instituições e serviços públicos de saúde; 10) enfrente os dilemas das relações público-privado que incidem no financiamento, nas relações de trabalho, na organização, na gestão e na prestação de serviços de saúde; 11) garanta a valorização do trabalho em saúde por meio da democratização das relações de trabalho de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de



Negociação do SUS; 12) coadune-se com as demais políticas e iniciativas de fortalecimento do SUS.

Outros atores do movimento sanitário favoráveis ao modelo de fundação estatal e que estiveram presentes no seminário, não entenderam essa declaração como uma posição contrária do CNS (CARVALHO, 2008). Contudo, cabe lembrar que antes desse seminário, em reunião ocorrida no dia 15 de junho de 2007, o presidente do CNS colocou em votação posição contrária ao projeto das fundações estatais de direito privado e esta foi aprovada por 20 contra 14 votos.

O CNS realizou uma intensa atividade de visitas a todos os estados da Federação e apresentou o projeto como forma de privatizar a gestão desse sistema. Essa pressão do CNS como a realizada por diversos setores do movimento sindical e de entidades de servidores públicos, levou a retirada do projeto temporariamente da pauta de votação da Câmara.

No que concerne a essa posição contrária do CNS, já em 1997 este Conselho de Saúde desaprovava a implantação das OSs no SUS, embora reconhecendo a necessidade de haver “maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde”.

Os argumentos usados pelo CNS contra a adoção das OSs e das FEs estão sumarizados no quadro 14.

**QUADRO 14**  
**Argumentos do CNS contra as propostas de organizações sociais e fundações estatais**

Organizações sociais – 1997 <sup>1</sup>	Fundações estatais – 2009 <sup>2</sup>
Não explicita as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela – SUS, convênio, seguros etc. –, podendo colocar em risco os princípios de universalidade, integralidade e equidade	Ao propor salários de “acordo com o mercado”, aprofundam as diferenças e o comprometimento da qualidade do serviço prestado; a proposta é apenas de valorização de alguns profissionais “de acordo com os salários de mercado”
A transferência de patrimônio público estatal para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, malversação etc., constitui grave precedente	A contratação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) gera instabilidade e falta de comprometimento do profissional
Há aspectos, principalmente os relativos à gestão de recursos humanos, que não atendem às necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como a possibilidade de ter na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferentes remunerações	Contribui para o processo de exposição do SUS aos interesses de grupos políticos organizados

Fonte: CNS.

Notas: <sup>1</sup> Resolução CNS nº 223/1997.

<sup>2</sup> Informativo do CNS, de 6 julho de 2009.



Como se pode verificar, o CNS tem pautado sua posição fortemente reativa ao projeto das FEs em **argumentos estreitamente vinculados à garantia de relações de trabalho no SUS**, que dizem respeito à **manutenção do Regime Jurídico Único**, à estabilidade funcional e à universalização de carreiras para o conjunto dos trabalhadores do sistema. Portanto, as teses contra essas fundações têm predominantemente o caráter de **defesa corporativa**. Aqui surge um contraste com as teses de 1997 contrárias às OSs, que se caracterizavam pela preocupação com a viabilização da gestão do SUS.

O que se tornou patente é que o controle social do SUS, pela expressão da maioria de seus representantes, é contrário à implantação dessas novas modalidades institucionais. É importante notar que por ocasião da XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, foi aprovada proposta que, conforme o relatório consolidado, recomenda “que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratar serviços de saúde por meio de Fundações Estatais” e que seja promovida a articulação de atores sociais “para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OSs” (BRASIL, 2007). Em conjunção com a Central Única dos Trabalhadores (CUT), a pressão do CNS, exercida ao longo do segundo semestre de 2009, parece ter sido o fator responsável pela retirada do aludido projeto.

Uma das principais vantagens que os gestores da saúde enxergam no modelo de FE é a adoção do regime celetista, já que implicaria possibilidade de maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação ao desempenho e ao cumprimento de horário de trabalho. Contudo, a suspensão pelo Supremo Tribunal Federal (STF) do efeito do caput do art. 39 da Constituição Federal, **devido a vício de votação legislativa**, tem como conseqüência que as FEs não possam realizar essa forma de contratação de pessoal até que seja aprovada uma nova redação para este artigo constitucional.

Contudo, visto que inexistem impedimentos constitucionais para criação de FEs, anteriormente ao debate em sede da União, já haviam sido



aprovados alguns projetos nos estados e as unidades assistenciais das FEs já começam a ser implantadas – Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro.

A Subcomissão do SUS observa o seguinte: essa oposição sistemática dos conselhos de saúde e categorias profissionais vem a comprovar é que, no tocante às questões da flexibilização da administração pública, **não é verificado o mesmo nível de consenso que prevalece em relação à diretiva de descentralização e à de cooperação federativa do sistema**. Os próprios gestores não têm consenso a este respeito, não tendo ocorrido até agora posicionamento comum dos dois órgãos colegiados da área, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS. Paradoxalmente a esse não-consenso, observa-se também que na esfera fática existe o ponto em comum de se buscar manter o serviço de saúde como público e sob o poder político, mas que o exercício da atividade se desloque para **entidades que disponham de maior autonomia para gestão e a contratação de recursos humanos**.

## **7.7 A Reforma do SUS Constitucional: Financiamento e Fontes de Recursos**

### **7.7.1 Retrospectiva do quadro institucional de financiamento da saúde após Constituição de 1988.**

A norma constitucional básica que disciplina o financiamento para o setor da saúde determina que o SUS seja financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (art. 198, §1º CF/88). O mencionado art. 195 da Constituição dispõe:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)



277F6C0F34

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

b) a receita ou o faturamento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

c) o lucro; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

§ 1º - As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º - A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º - A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º - Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º - As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as



houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, "b".

§ 7º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I do caput deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica, da utilização intensiva de mão-de-obra, do porte da empresa ou da condição estrutural do mercado de trabalho. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 47, de 2005)

§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 11. É vedada a concessão de remissão ou anistia das contribuições sociais de que tratam os incisos I, a, e II deste artigo, para débitos em montante superior ao fixado em lei complementar. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

§ 12. A lei definirá os setores de atividade econômica para os quais as contribuições incidentes na forma dos incisos I, b; e IV do caput, serão não-cumulativas. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

§ 13. Aplica-se o disposto no § 12 inclusive na hipótese de substituição gradual, total ou parcial, da contribuição incidente na forma do inciso I, a,



pela incidente sobre a receita ou o faturamento. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Deve-se considerar que a EC nº 20 modificou o art. 167, XI, dispondo que é vedada a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, a, e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social. Nestes termos, os recursos públicos para o financiamento da saúde dependem dos aportes do orçamento da seguridade social, cujas fontes financeiras mais significativas provêm dos recursos tributários e fiscais, dentre os mais expressivos a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL, e a partir de 1993, da participação mais relevante do Tesouro da União, ante as restrições implantadas pelo sistema previdenciário, revelando intensas disputas públicas e mesmo no interior do próprio governo, entre os titulares do Ministério da Saúde e da Previdência Social<sup>66</sup>.

Em suma, em que pese à emenda constitucional mencionada ser do ano de 1988, o setor saúde deixou de contar com o repasse dos recursos da contribuição social de empregadores e empregados desde 1993, o qual eles passaram a ser destinados exclusivamente à previdência social. Para cobrir a falta desses recursos, o setor Saúde realizou empréstimos junto ao FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador. No período de 1993 a 1996, o setor Saúde viveu incertezas quanto ao seu financiamento, levando a fazer diversos outros empréstimos junto ao FAT em 1993, 1995 e 1996 e a passar por constante falta de verbas.

Isso apenas reforça que a integração constitucionalmente prevista da seguridade social requeria não só uma proposta de orçamento como também sua gestão efetivamente unificada em apenas um ministério, por ela identificado como o da “Seguridade Social”. Entretanto, não foi o que ocorreu, pois a previdência, a saúde e a assistência social foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em ministérios diferentes com receitas estipuladas separadamente, que entraram em disputas.

---

<sup>66</sup> Vide ELIAS (1996, p.96)





Por outras palavras, a regulamentação setorial do sistema da seguridade social estruturou as áreas que constituem o sistema – previdência, saúde e assistência social – em uma quase completa independência administrativa e financeira, não obstante o sistema em sua origem tivesse forte apelo à criação de um ministério, financiado por um orçamento da seguridade social, autônomo do orçamento fiscal e estabelecido por um conselho nacional.

Recorde-se que, por determinação constitucional **original**, os recursos da seguridade social não poderiam ser alocados para outros fins que não aqueles da previdência, da saúde e da assistência social (arts. 165, §5º e 195), e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação das fontes às três diferentes áreas da seguridade social (arts. 167, inc. IV e 195, §2º), salvo o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP destinado ao seguro-desemprego e abono do PIS-PASEP (art. 239)<sup>67</sup> e trinta por cento (30%) do orçamento da seguridade social seria destinado para a área da saúde (art. 55 do ADCT)<sup>68</sup>. Ou seja, a cada processo legislativo do orçamento da União, os recursos da seguridade social seriam repartidos entre as respectivas áreas.

Resenhando Marques e Mendes (2005, p. 42-43), historia-se como foi que os recursos da seguridade social foram “desrespeitados nos anos que se seguiram à promulgação da Constituição”. Os autores narram três episódios que materializam o descumprimento das diretrizes **originais** da Constituição a favor do financiamento da seguridade social<sup>69</sup>: o **primeiro** ato ocorreu em 1989, ano seguinte ao da promulgação da Constituição Federal, quando a contribuição social do então Fundo de Investimento Social – Finsocial, foi utilizado para financiar os encargos previdenciários da União. Esta disfunção foi repetida no ano de 1990. A situação foi consolidada, via a lei nº 8.212 que regulamentou o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social – POCSS, pois os recursos da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas

<sup>67</sup> Os recursos da contribuição social do PIS-PASEP destinados ao seguro-desemprego e abono são da ordem de sessenta por cento (60%), tendo em vista que, por força constitucional, quarenta por cento (40%) desses recursos pertencem ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES (BRASIL, 1988, art. 239, §1º)

<sup>68</sup> MARQUES; MENDES, 1988, p. 42

<sup>69</sup> O foco principal do trabalho de Marques e Mendes (2005) é a supressão de recursos da área da saúde da seguridade social.



Jurídicas – CSLLP foi usado para integrar encargos típicos do orçamento fiscal, como a sua destinação aos encargos previdenciários da União.

**O segundo** ato ocorreu em 1993, quando foi descumprida a lei de diretrizes orçamentárias daquele ano, que destinava o repasse de quinze inteiros e cinco décimos por cento (15,5%) da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores para a área da saúde. A receita dessas contribuições destinou-se, exclusivamente, à área da previdência social com a promulgação da EC nº 20 que alterou o art. 167, inciso XI da Constituição, como acentuado anteriormente. O corolário imediato foi a alteração da regra constitucional que determinava a não-vinculação de fontes às três diferentes áreas da seguridade social<sup>70</sup>.

**O terceiro** episódio que desfigurou o financiamento da seguridade social ocorreu em 1994, via Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1994, que acrescentou dispositivos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, criando o Fundo Social de Emergência – FSE, que, dentre outros fins, reserva vinte por cento (20%) do produto da arrecadação de todos os impostos e contribuições da União. O FSE expressava como objetivo o saneamento financeiro da fazenda pública e a estabilização econômica, cujos recursos seriam aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive, liquidação de passivos previdenciários.

Inicialmente o FSE iria vigorar nos anos de 1994 e 1995, sendo que a partir da EC nº 10 ele passou a vigorar no ano de 1996 até junho 1997, passando a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal – FEF, ainda com o objetivo de saneamento financeiro da fazenda pública Federal e de estabilização econômica, mas, desta vez, para ações prioritárias naquelas aludidas áreas sociais (arts. 71 e 72, §2º do ADCT). E, novamente, com a EC nº 17, seu prazo foi dilatado até dezembro de 1999, mantendo-se o objetivo. No ano 2000, com a EC nº 27, esse fundo passou a ser chamado de Desvinculação de Receitas da União – DRU, onde ficou estabelecido, simplesmente, que é desvinculado de órgão, fundo ou despesa, no período de 2000 a 2003, vinte por

<sup>70</sup> Essa postura separatista da seguridade social é encontrada quando da criação e efetivação da CPMF e da EC nº 29, chamada de “Emenda da Saúde”.



cento (20%) da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União, excetuando-se apenas a arrecadação oriunda da contribuição social do salário-educação (art. 76 ADCT).

Observa-se, ademais, que ao contrário do FSE e do FEF, não existe expresse na Constituição nenhum objetivo para a DRU. Acrescente-se que no ano de 2003, por meio da EC nº 42, a DRU foi mais uma vez prorrogada até o ano de 2007, sendo que por ocasião dessa última prorrogação, além da arrecadação dos impostos e contribuições sociais, foi agregada a Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico – CIDE como receita passível de desvinculação. Nova prorrogação via EC nº 56, até 31 de dezembro de 2011<sup>71</sup>.

É importante lembrar que se buscou recuperar recursos para a saúde por meio de duas ações. **A primeira** se deu com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, via EC nº 12, de 1996. Inicialmente destinando recursos para o setor da saúde (art. 74 do ADCT), com prazo de vigência de dois anos, prorrogada por mais trinta e seis meses (art. 75 do ADCT), via EC nº 21, de 1999, passando a destinar recursos à previdência social. Novamente a CPMF foi prorrogada até dezembro de 2004 (art. 84 do ADCT), via EC nº 37, de 2002, desta vez destinando recursos à saúde, à previdência e ao fundo de combate e erradicação da pobreza. E, mais uma vez, a provisória contribuição foi prorrogada até dezembro de 2007 (art. 90 do ADCT), via EC nº 42, de 2003, sem alteração na destinação dos recursos por ela arrecadados. Em dezembro de 2007, o Senado Federal votou contra a proposta que buscava a renovação da CPMF. O setor saúde perdeu recursos.

QUADRO 6  
Cronologia da CPMF e alíquota

DATA	INSTRUMENTO LEGAL	DESCRIÇÃO	ALÍQUOTA
17/03/1993	EC 3	Faculta à União a instituição de imposto sobre movimentação ou transmissão de valores e de crédito e direitos de natureza financeira	0,25%
13/07/1993	LC 77	Ocorre a instituição do Imposto Provisório	0,25% com incidência somente sobre fatos

<sup>71</sup> Vide PEC 61, de 2011, que visa prorrogar DRU até o ano de 2015.



		sobre Movimentação Financeira (IPMF).	que ocorreram em 1994.
15/08/1996	EC 12	Inclui no art. 74 dos ADCT o “poder da União instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.	0,25% pelo prazo de 2 anos
24/10/1996	Lei 9.311	Ocorre a instituição da CPMF, e o esclarecimento de todas as suas peculiaridades (definição, fato gerador, hipóteses de não-incidência, vigência etc.).	0,20% com cobrança até 13 meses após a sua entrada em vigor, fato que ocorreu 90 dias da data da publicação.
12/12/1997	Lei 9.539	Dispõe sobre a prorrogação do prazo de incidência e cobrança da CPMF, passando a ser de 24 meses, contados a partir da entrada em vigor da Lei 9.311.	0,20%
18/03/1999	EC 21	Inclusão do art. 75 no ADCT, autorizando a cobrança da CPMF por mais 36 meses, prorrogando também a vigência da Lei 9.311.	0,38% para o exercício de 1999; e 0,30% para os exercícios de 2000 e 2001.
14/12/2000	EC 31	Criou adicional de 0,08% à alíquota do art. 75 do ADCT, destinado ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, aplicável de 18 de junho de 2000 a 17 de junho de 2002.	0,08% sobre 0,30% para o período 2002 até 2003
12/06/2002	EC 37	Autorizou a cobrança da CPMF até 31 de dezembro de 2004, prorrogando a vigência da Lei 9.311.	0,38% para o exercício de 2002 e 2003; e 0,08% para o exercício de 2004
19/12/2003	EC 42	Inclusão do art. 90 do ADCT, autorizando a cobrança da CPMF até 31 de dezembro de 2007, prorrogando também a vigência da Lei 9.311.	0,38%

Leg. EC=Emenda Constitucional; LC=Lei Complementar



277F6C0F34

A origem da CPMF está na Emenda Constitucional nº 3, de 1993, cujo art. 2º autorizou que lei complementar instituísse o chamado Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF até 31 de dezembro de 1994, fixando alíquota máxima de 0,25%. A arrecadação do IPMF foi iniciada em 26 de dezembro de 1993, mas foi suspensa no período de 15 de setembro a 31 de dezembro de 1993 por liminar em Ação Direta de Inconstitucionalidade<sup>72</sup>. O imposto voltou a ser cobrado a partir de 1º janeiro de 1994 e vigorou até 31 de dezembro do mesmo ano. A arrecadação do IPMF é apenas residual sobre movimentação financeira gerados em 1994.

**A segunda** ação foi chamada de Emenda da Saúde, ou EC nº 29, que criou a vinculação de recursos da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal para o setor saúde (arts. 167, inc. IV, 198, §2º e 77 do ADCT). Aqui, dentre outras, modificou-se o art. 198 da Constituição para acrescentar o seguinte dispositivo:

§2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

---

<sup>72</sup> Vide ADI 939-7/DF, no STF.



Assim, com a edição da EC nº 29 ficam estabelecidos níveis mínimos de aplicação de recursos financeiros na saúde por parte das três esferas de governo. Estados e municípios são obrigados a investir, no mínimo, 12% e 15% de suas receitas líquidas, respectivamente. A União, desde então, deveria gastar com saúde o correspondente ao que desembolsou no ano anterior, mais a variação do Produto Interno Bruto – PIB nominal. É o chamado Piso Nacional.

No entanto, pela falta de uma regulamentação do texto da emenda<sup>73</sup> há ainda gestores que não a cumprem ou, para atingir os percentuais obrigatórios, atribuem ao setor gastos que não se relacionam, necessariamente, aos serviços e às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Por outro lado, há gastos que são efetivos da saúde, mas segmentos sociais os questionam sem maiores análises.

O caso da área da saúde é bastante simbólico, uma vez que após vigorar a EC nº 29, somente foram aplicados pela União os recursos ali previstos, enquanto que todo o debate construído antes, durante e depois da aprovação dessa vinculação era no sentido de aumentar recursos para a área da saúde, isto é, garantindo-lhe novos recursos<sup>74</sup>. E não foi só: a emenda constitucional estabelecia uma majoração anual progressiva dos recursos para a saúde, sempre com base no PIB do ano imediatamente anterior, a começar pelo PIB de 1999. A interpretação contrária a ampliação do direito social à saúde congelou essa majoração anual ao ano de 1999.

De qualquer modo, os debates em nossas reuniões de trabalho sedimentaram a posição de que, salvo algumas exceções, o grande incremento nos gastos com a área da saúde vieram da vinculação orçamentária de Estados e Municípios. A União, nesse tocante, ficou a desejar. Vejamos:

A CPMF, que vimos, começou como Imposto sobre Movimentações Financeiras em 1993 teoricamente destinado à Saúde, foi sendo absorvida pelo Orçamento da União. No ano 2000, o Orçamento do Ministério da Saúde era 8,1% da receita corrente; em 2007, 6,7%. Se os gastos da União com a Saúde tivessem permanecido no patamar de 2000, a área teria R\$ 10 bilhões a

---

<sup>73</sup> Posteriormente se analisará a regulamentação recém aprovada na CD e enviada para o Senado.

<sup>74</sup> Ver, a esse respeito, MARQUES; MENDES, 2005.



mais. Se a vinculação dos gastos da União em 10% tivesse ocorrido, hoje a saúde teria R\$ 35 bilhões a mais do que os cerca de R\$ 70 bilhões de hoje. No governo de 1994 a 2002, a vinculação de 10% da receita líquida da União para a Saúde não aconteceu e a CPMF não virou dinheiro adicional. Ou seja, “FHC, portanto, ‘congelou’ os gastos em saúde da União, com a regra de reajuste do orçamento do setor do ano anterior pelo PIB, e não considerou a CPMF como financiamento adicional, incorporando-a simplesmente às suas receitas” (NASSIF, 2011).

QUADRO 7  
Arrecadação da CPMF em % do PIB

Ano	CPMF em R\$ milhões	PIB em R\$ milhões (1)		Participação da CPMF no PIB	
		Série Antiga	Série Nova	Série Antiga	Série Nova
1997	6.909,35	870.743,00	939.147,00	0,79%	0,74%
1998	8.118,06	914.188,00	979.275,00	0,89%	0,83%
1999	7.955,92	973.846,00	1.064.999,00	0,82%	0,75%
2000	14.544,64	1.101.255,00	1.179.482,00	1,32%	1,23%
2001	17.197,01	1.198.736,00	1.302.136,00	1,43%	1,32%
2002	20.367,61	1.346.028,00	1.477.822,00	1,51%	1,38%
2003	23.047,18	1.556.182,00	1.669.948,00	1,48%	1,38%
2004	26.432,33	1.766.621,00	1.941.498,00	1,50%	1,36%
2005	29.273,31	1.937.598,00	2.147.948,00	1,51%	1,36%
2006	32.090,93	2.322.818,00	2.322.818,00	1,38%	1,38%

**Dados: UNAFISCO (Nota Técnica nº6/2007)**

**(1) O IBGE realizou, em julho 2007, a revisão do PIB. A série nova do PIB refere-se ao novo método de cálculo adotado, enquanto a série antiga é referente a antiga metodologia de apuração do PIB.**

A CPMF integrava o conjunto dos tributos que tem como base de incidência o consumo, que respondiam por 54,17% dos tributos arrecadados pela Receita Federal (UNAFISCO, 2006). A incidência tributária sobre bens e serviços (consumo) é elevada no país, respondendo por 2/3 da carga tributária. Em valores recalculados com base na nova metodologia do PIB, a incidência tributária sobre o consumo salta de 16,09% do PIB, em 1995, para 18,75%, em 2005.

O resultado da arrecadação da CPMF, em 2006, totalizou R\$ 32,9 bilhões e a projeção para o ano de 2007 era de arrecadação de R\$ 36 bilhões. A estimativa de arrecadação da CPMF para 2008, se ela tivesse sido



277F6C0F34

aprovada, era R\$ 40.074 bilhões, conforme apuração da CMO – Comissão Mista de Orçamento, diante da proposta de Orçamento da União para 2008. Assim, em relação à CPMF o aumento era estimado de R\$ 778 milhões na arrecadação. O aumento se devia à expectativa de uma economia mais aquecida e ao aumento na abertura de contas correntes por maior parcela da população. A receita prevista da CPMF passaria de R\$ 39,297 bilhões para R\$ 40.074, mas como não foi aprovada, costuma-se dizer que a saúde perdeu a formalmente considerada receita condicionada. E de fato foi perdida.

QUADRO 8

	R\$ milhões					
ANO	2003	2004	2005	2006	2007	2008
VALOR	22.984	26.394	28.920	32.090	36.000	40.074

Em suma, o exame dos recursos da aplicação da CPMF, no período de 1997 a 2006, mostra que essa contribuição não serviu, integralmente, para o setor Saúde e previdência social, muito embora tenha sido essencial para viabilizar o SUS que perdia recursos do orçamento para outros setores. Sabe-se que nesse período, em nenhum momento dos anos ocorreu uma execução orçamentária integral (100%) da dotação autorizada no orçamento, como ocorre em todas as demais áreas. O menor nível de execução orçamentária ocorreu em 2005, quando foram pagos nas funções previdência social e saúde R\$ 16,7 bilhões, ou seja, 90,87% do autorizado, uma diferença de R\$ 1,7 bilhão. Sendo que também foram pagos, em 2005, R\$ 97,3 milhões na função orçamentária “encargos especiais” utilizando a arrecadação da CPMF.

A não execução integral da dotação orçamentária autorizada tem efeito semelhante ao contingenciamento dos recursos, pois os valores ficam retidos no Caixa Único do Tesouro Nacional, contribuindo para a realização do resultado financeiro do governo federal. Assim, a não-liberação dos recursos orçamentários contribui também para reforçar o caixa e com isso alcançar a meta do superávit primário do governo.

O quadro abaixo apresenta a destinação dos recursos da CPMF entre 1997 até 2006. Do montante de R\$ 185,9 bilhões arrecadados com a





CPMF, no período de 1997 a 2006, cerca de 18%, ou seja, R\$ 33,5 bilhões não foram aplicados nas políticas de previdência social, saúde ou destinados ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Esses recursos não aplicados foram retidos por meio da DRU e não retornaram para aplicação nas políticas que justificaram sua arrecadação. Nesse montante foram considerados também os recursos com dotação orçamentária autorizada, mas não executados.

Quadro 9

Ano	Arrecadação da CPMF em R\$ milhões	Aplicado em Saúde	Aplicado em Previdência Social	Aplicado no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (1)	Saldo que ficou no caixa do Tesouro Nacional
1997	6.909,35	74,41%	---	---	25,09%
1998	8.118,06	80,03%	---	---	19,97%
1999	7.955,92	53,76%	43,29%	---	2,95%
2000	14.544,64	47,33%	33,48%	---	19,19%
2001	17.197,01	41,48%	21,26%	21,05%	16,21%
2002	20.367,61	50,06%	13,14%	21,05%	15,75%
2003	23.047,18	40,77%	21,23%	21,05%	16,95%
2004	26.432,33	39,46%	20,07%	21,05%	19,42%
2005	29.273,31	36,93%	20,25%	21,05%	21,77%
2006	32.090,26	40,22%	21,05%	21,05%	17,68%
<b>TOTAL</b>	<b>185.935,67</b>	<b>45,02%</b>	<b>20,18%</b>	<b>16,80%</b>	<b>18,00%</b>

(1) Sobre a alíquota de 0,08% para o FCEP não se aplica a DRU

Dados fornecidos pelo próprio Ministro Mantega, quando da sua presença na CCJ-Senado Federal no ano de 2006, informa que, no ano de 2006, 15,8% dos recursos arrecadados pela CPMF para o setor Saúde e previdência não foram “destinados para a Saúde, mas por meio da DRU destinados a outros programas sociais”, sem indicar quais e expressando a desvinculação de uma tributação (contribuição) que tem caráter vinculado. Esse percentual de 15,8% em 2006 correspondia a R\$ 5.067 milhões.



277F6C0F34

Não temos dúvida de que houve uma necessidade gerencial para as atitudes acima mencionadas que, a rigor e de modo mais amplo, não impediram o Brasil de distribuir renda e melhorar seus indicadores sociais. Com efeito, como o foco deste Relatório é o setor saúde, é preciso consignar que os governos de 1996 até 2006 não aplicaram integralmente a CPMF nos setores a que elas se destinavam, daí o famoso pacto político buscado pelo governo no Senado Federal em 2007 para aprovar a prorrogação da CPMF, comprometendo-se a aplicar integralmente os seus valores. Infelizmente a razão política não prevaleceu e a saúde, no âmbito da disputa menor, perdeu recursos, fonte e estabilidade.

De qualquer modo, sabe-se que no último dia 21 de setembro foi aprovado na Câmara dos Deputados, e remetido ao Senado Federal, o Projeto de Lei Complementar que regulamenta a EC nº 29. O texto aprovado na Câmara não tem a vinculação orçamentária para a saúde e conta com uma CSS – contribuição social para a saúde sem base de cálculo. O mérito do projeto está em definir claramente o que é despesa em saúde, de modo que a proposta ajuda Estados e Municípios a cumprirem as cotas de investimentos que já possuem, de 12% e 15%, respectivamente, bem como aos conselhos de saúde a fiscalizarem e supervisionarem os gestores e seus gastos.

Nada obstante, é incerto o que o Senado fará. Ir-se-á ignorar o que fez a Câmara dos Deputados e recuperar o texto original do Projeto, que vincula dez por cento (10%) do orçamento federal para a saúde. E isso é a proposta apresentada por diversas entidades durante os trabalhos desta Subcomissão, capitaneadas pela ABRASCO. Ou preparar mais um projeto de lei, resolvendo o problema do financiamento da saúde com uma solução do tipo "aumento da taxa de bebidas e cigarros", ou quiçá vinculando o DPVAT para a saúde, ou separando parcela de contribuição social.

É chegado o momento da apresentação da proposta de Financiamento e Fontes de Recursos da Subcomissão para o SUS.



### 7.7.2 Recursos necessários e fontes estáveis para a saúde

O ponto de partida para se falar sobre os recursos para a saúde e fontes estáveis de financiamento é reconhecer que a gestão do orçamento da saúde deve ser aprimorada para que sejam evitados desperdícios e desvios de recursos. E isso é o básico, daí ser o ponto de partida e de sustentação para a estrutura que se busca construir. Mas o SUS tem que avançar, pois ele precisa ser verdadeiramente implantado, para configurar o SUS constitucional, que é universal, integral, gratuito, descentralizado e com participação popular. Logo, também é importante reconhecer que os recursos atuais são nitidamente insuficientes. O caminho ideal seria iniciar, de forma simultânea, um processo de melhoria de gestão e ampliação das fontes de financiamento para a saúde pública no Brasil.

Em linhas gerais, este Relatório estabelece como fonte de financiamento para o setor saúde:

- ✓ O ressarcimento presumido, de que tratamos quando analisamos o princípio da universalidade;
- ✓ A remodelagem por meio de novos instrumentos para atribuir efetividade ao ressarcimento das operadoras de planos e seguros de assistência à saúde de que trata o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Também analisada na seção sobre o princípio da universalidade;
- ✓ A Regulamentação da Contribuição Social para a Saúde prevista no Projeto de Lei que normatiza a EC 29, com dedução de 100% do Imposto de Renda e para fins de combate à sonegação;
- ✓ A criação do Imposto sobre Grandes Movimentações Financeiras – IGMF, com instrumentos que impeçam a não aplicação integral de seus recursos, aproveitando o aprendizado ofertado pela histórica da CPMF;
- ✓ Tributar grandes fortunas, como por exemplo, o patrimônio sobre jatinhos, helicópteros, iates e lanchas;



277F6C0F34

- ✓ Tributar remessa de lucros para o exterior;
- ✓ Aumentar CSLL das instituições financeiras;
- ✓ Extinguir e em alguns casos diminuir às subvenções do Estado às empresas ou aos grupos de medicina – setor privado lucrativo;
- ✓ Estabelecer teto de abatimento do Imposto de Renda de despesas com saúde, acompanhadas de melhoria na qualidade e eficiência do serviço e atendimento.

Observa-se assim que predomina nessas propostas a incidência sobre renda e patrimônio, como por exemplo, a tributação sobre grandes fortunas e grandes movimentações financeiras, ou ainda sobre a remessa de lucros ao exterior. E naquelas hipóteses de incidência da tributação sobre o consumo, se devem criar mecanismos de exoneração tributária para os contribuintes da classe média e baixa, como por exemplo, a dedução no IR da CSS.

Esclareça-se que o ressarcimento presumido e os ressarcimentos por procedimento, ambos devidos pelas seguradoras e operadoras privadas de plano de saúde ao SUS por meio da ANS, não são casos de tributação, mas podem ser argumentados como custos para essas empresas. Todavia, exsurge um problema nesse argumento. O ressarcimento ao SUS por procedimento já é previsto em lei e aplicado, de modo que o aludido argumento, se argüido, apenas demonstrará que a ineficiência, retardos e pouca produção de efeitos jurídico do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde é mecanismo de obtenção de indevida lucratividade, via abuso do direito.

Por sua vez, o ressarcimento presumido, ainda demandará algum tempo até a implantação, o que facilitará as empresas a se adaptarem para absorção do custo. Ademais o ressarcimento presumido somente ocorrerá se as empresas não observarem o padrão de integralidade estabelecido, mantendo-se na lista contratual fixada com seus clientes. É uma escolha delas e que a disputa por mercado tão competitivo, como os dos planos de saúde, irá indicar que as



empresas deverão assumir os custos, reduzindo seus lucros, sob pena de não ter como competir ao querer repassar todo o custo ao consumidor.

É importante também considerar que a minoração do abatimento do IR das despesas médicas, que devem vir acompanhadas necessariamente de melhoria de qualidade e do atendimento do serviço público de saúde, é um importante mecanismo de extirpar a subvenção do Estado ao setor privado de saúde. E isso impede a transferência, ora direta ora indireta, de recursos de todos e do gasto social para o setor privado de saúde.

De fato, existe no Brasil a forma de transferência direta ou indireta de recursos públicos para o setor privado. Trata-se das subvenções de diversos tipos oferecidas pelo Estado ao setor privado, abrangendo desde a transferência pura e simples de recursos financeiros até a utilização de mecanismos mais sutis, como a renúncia fiscal, seja por isenção do pagamento, do todo ou de parte, de impostos ou contribuições etc., seja ainda por meio do abatimento dos gastos com saúde no cálculo do Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas<sup>75</sup>.

Vale mencionar que os dois tipos de subvenção são bastante disseminados, o primeiro não se limitando apenas ao setor privado não lucrativo<sup>76</sup> – Santas Casas e hospitais de comunidade, como Sírio-Libanês, Einstein, Beneficência Portuguesa etc., mas alcançando grandes empresas de medicina de grupo. O abatimento no IR está praticamente consagrado em nosso meio, constituindo um importante mecanismo de incentivo ao dinâmico setor privado de saúde.

Essa estrutura brasileira de incentivos com as características apresentadas resulta em subvenções regressivas, destinando-se apenas parcelas minoritárias da população de maior poder aquisitivo. Desta maneira concorrem como mais um mecanismo perverso de exclusão social do que propriamente uma

---

<sup>75</sup> ELIAS, 1996, p.94.

<sup>76</sup> Um plano de cooperação com o SUS por parte de instituições filantrópicas que mantêm hospitais considerados de excelência foi acertado em novembro de 2008 e constitui uma contrapartida às isenções fiscais concedidas pelo governo federal. Ou seja, como alternativa à prestação de serviços assistenciais, aqueles poderão desenvolver pesquisa, capacitação e apoio a gestão de unidades públicas.



ação voltada para a melhoria das condições de acesso e do atendimento aos serviços de saúde<sup>77</sup>.

A **Subcomissão propugna** a extinção e, em alguns casos a redução, da subvenção ao setor privado lucrativo, uma vez que essas subvenções governamentais são regressivas. **Os casos de redução** ocorreriam naquelas situações de predomínio da produção privada, em que haja uma ampla cobertura de serviços à população. Nesta hipótese, a redução se faz acompanhar, necessariamente, da presença de aparelhos públicos e estatais de atendimento à saúde. À proporção que o SUS assume o seu lugar, a subvenção é reduzida.

De qualquer modo ainda há base de financiamento da saúde oriunda das contribuições sociais, daí o porquê se quer majorar a CSLL das instituições financeiras. E dois aspectos devem ser aqui observados aqui. Primeiro, aumentar a alíquota da CSLL paga por instituições financeiras é buscar tributar quem pode pagar mais e melhor, uma vez que se há um setor econômico, no Brasil, que caberia ser o destinatário de alíquota majorada da CSLL, este setor é o setor financeiro, que, a cada ano, bate novos recordes, a nível mundial, em matéria de lucros.

Aliás, já tramita o Projeto de Lei do Senado – PLS 707, de 2007, que estabelece alíquota de 18% para a CSLL paga pelos bancos e demais instituições financeiras. Esta Subcomissão defende e apóia a proposta. O relatório desse projeto na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal consignou: “nunca é demais lembrar, a grande lucratividade dos bancos se deve à pouca quantidade de crédito disponível, aliada à baixa competição do setor, que obriga nossos cidadãos e empresas a se submeterem a taxas de juros e tarifas elevadas e altamente injustas, ainda que legais. Ao aumentar a alíquota da CSLL para essas instituições, é possível redistribuir parte do bolo que atualmente vai apenas para o setor financeiro”.

A segunda observação é que esta Relatoria sabe que, ainda assim, a tributação por via de contribuição social pode ser repassada para os consumidores, de maneira que o contribuinte de fato – quem arca com o custo –

---

<sup>77</sup> Idem.



não é o contribuinte de direito – o responsável pelo pagamento –, no caso, as instituições financeiras. Com isso, o encargo retorna para a população.

O princípio constitucional da justiça social levou esta Relatoria a priorizar como fonte de financiamento para a saúde elementos que toquem na renda e patrimônio, muito embora saiba que aqui não é o campo específico da justiça fiscal que requer uma reforma tributária.

Oportuno lembrar que o corolário da seguridade social prevista na Constituição ser financiada por toda a sociedade mediante contribuições de diversas naturezas indica, como destaca Soares (2004, p. 43), que há muito tempo no Brasil o financiamento fiscal foi destinado para subsidiar a economia enquanto as contribuições sociais sustentavam as políticas públicas, inclusive as denominadas de assistência social. E acrescenta: tendo em vista o caráter predominantemente indireto do nosso sistema tributário e o repasse das contribuições sociais aos preços finais, são os consumidores que financiam, em última instância, a própria seguridade social – previdência, saúde e assistência social –, sobretudo, os mais pobres que pagam proporcionalmente mais tributos, levando-se em conta sua renda.

Por fim, nota-se que as propostas e alternativas ao financiamento dos serviços de saúde seguem àquelas oferecidas em dois documentos chaves para o setor, a saber, a Comissão especial legislativa de 1993 (COMISSÃO ESPECIAL, 1993) e o Relatório final “O financiamento do SUS”, realizado em Maceió em 1995 pelo CONASS, CONASEMS, OPAS/OMS, ABrES, CEBES e IDISA. Ambos os documentos estão contemplados, naquilo que já não está implantado. Explica-se:

A aludida comissão legislativa recomendou uma série de medidas objetivando aumentar as receitas orçamentárias do SUS, dentre as quais se destacam:

- ✓O reembolso financeiro ao SUS pelo atendimento de usuários cobertos pelos seguros e planos de saúde;
- ✓O repasse direto ao SUS dos pagamentos previstos no Seguro Obrigatório de Veículos Automotivos de Vias Terrestres; e



- ✓A restrição aos critérios para reconhecimento da condição de filantropia às instituições de saúde.

Da mesma forma, a reunião de técnicos e gestores das três esferas de governo apontou em seu relatório final algumas medidas necessárias à consolidação do SUS:

- ✓Alocação para a saúde de pelo menos 30% dos recursos da seguridade social e de 10% e 15% dos orçamentos dos Estados e Municípios;
- ✓Eliminação dos mecanismos de renúncia fiscal do IR, incidentes sobre gastos privados com saúde;
- ✓Reembolso financeiro ao SUS pelo atendimento a usuários dos serviços privados, estipulando-se por estimativa a parcela a ser repassada automaticamente a título de compensação pela prestação de serviços;
- ✓Criação de mecanismos de taxação sobre o consumo de tabaco e bebidas – alcoólicas e refrigerantes –, vinculando-se as receitas obtidas ao gasto com a seguridade social.

Não obstante, a Subcomissão do SUS foi além. Isto porque, mesmo considerando-se os desperdícios e as fraudes verificadas no SUS, há uma quase unanimidade em detectar as **insuficiências dos recursos** ante os atuais compromissos com o pagamento dos serviços, levando, de um lado, a um quase colapso do setor, decorrente do excesso de demanda e insuficiência de serviços para atendê-la, e de outro, a uma grande procura pelo Sistema Suplementar de Assistência Médica em várias modalidades. Estes aspectos serão tratados a seguir.

### **7.7.3 Gasto em saúde é parte do projeto de desenvolvimento**

O Brasil tem uma rede de saúde universal, de acesso gratuito e igualitário e, ao mesmo tempo, vê o mercado de planos de saúde, seguros de saúde e consultas particulares gastar mais dinheiro do que o Poder



277F6C0F34



Público. A rigor, as despesas com saúde no Brasil são de 8,4% do chamado PIB. Deste ponto de vista, o investimento está consoante a média global de 8,5% anuais, segundo relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS. A distinção está em quem puxa os gastos. No Brasil, 55% são privados e beneficiam cerca de 46 milhões de conveniados, e 45%, públicos e favorecem todos os 190 milhões de brasileiros. A parte pública do gasto com saúde representa 3,6% do PIB, um terço mais baixo do que a média internacional, que é de 5,5% do PIB, ainda de acordo com a OMS.

Em audiência pública realizada pela bancada do Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB, na Câmara dos Deputados no dia 6 de abril de 2011, e que contou com a presença dos srs. Adib Jatene, Áquilas Nogueira Mendes e Gilson Carvalho, foram apresentados os dados abaixo, que são ligeiramente diferentes, mas consoante os dados acima expostos:

- ✓ Para Gilson Carvalho, os gastos com saúde no País chegam a R\$ 270 bilhões. Deste montante, R\$ 143 bilhões são do setor privado e apenas R\$ 127 bilhões do setor público. Ou seja, o gasto por habitante não ultrapassa R\$ 1,82 por dia. Desde que foi criado, há 22 anos, o SUS deixou de receber da União R\$ 20 bilhões; e dos Estados, R\$ 28 bilhões. A conta sobrou para os municípios, que gastaram R\$ 30 bilhões além do previsto na Emenda Constitucional 29.
- ✓ Para Áquilas Mendes, os R\$ 127 bilhões gastos em saúde representam apenas 4% do PIB brasileiro. Para manter um sistema universal, como é o SUS, a OMS recomenda no mínimo 6%. Ou seja, seriam necessários pelo menos R\$ 210 bilhões no orçamento da saúde. Faltam, portanto, R\$ 83 bilhões para que o Brasil consiga atender a universalidade do sistema.
- ✓ Para Adib Jatene, o Brasil gasta hoje com saúde o que os países desenvolvidos gastavam em 1960, de modo que estamos com mais de 50 anos de atraso.



A média que se apura é que, no resto do mundo, o gasto público equivale a 60% do total investido em saúde. Quando se fez a comparação com países visitados por esta Subcomissão<sup>78</sup>, se constatou que: no financiamento dos sistemas há uma marcada diferença em relação ao Brasil. Enquanto a Inglaterra aplica recursos públicos na ordem de 8,5% de seu PIB na saúde e a França, de 11%, no Brasil os recursos públicos aplicados na saúde (provenientes dos três níveis federados) correspondem a apenas 3,6% do PIB. Na Espanha, cerca de 70% dos gastos em saúde são públicos, inverso do que ocorre no Brasil, onde a maioria dos gastos já são privados. Apesar de a França utilizar o setor privado na dispensação de serviços ambulatoriais, o financiamento é predominantemente público, por meio de um sistema de seguros, sustentados pelas contribuições dos cidadãos (para os com renda inferior a 700 Euros por mês o governo oferece o seguro). O sistema de reembolso também prevê a participação dos usuários, pois o mesmo não é total, mas a contribuição individual é menor nos tratamentos muito dispendiosos e nas patologias crônicas.

É do conhecimento geral que o Brasil ocupa a 72ª posição no ranking da OMS de **investimento em saúde**, quando a lista é feita com base na despesa estatal por habitante. Os diversos governos gastam, juntos, uma média anual de US\$ 317 por pessoa, segundo a última pesquisa da OMS, com dados relativos a 2008. O desempenho brasileiro é 40% mais baixo do que a média internacional, de US\$ 517. O baixo gasto estatal implica defender a criação de fonte de recursos extras para a saúde, que seja definida, definitiva e estável, na feliz expressão de Gilson Carvalho.

Além de o Brasil ter na saúde uma performance internacional aquém do que poderia representar a sua economia - é o sétimo maior PIB -, o gasto per capita diminuto, na comparação com a medicina privada, significa desigualdade social, uma vez que as despesas a partir de convênios particulares movimentam mais do que o dobro das finanças do SUS. Este é gratuito e atende os 190 milhões de brasileiros. Os planos privados beneficiam um quarto da população brasileira.

---

<sup>78</sup> Vide item VI deste Relatório, sob o título “Comparação de Casos Seleccionados”



Portanto, como se constata ao analisar o sistema de financiamento de saúde do Brasil e o respectivo gasto público, o Brasil apresenta um financiamento predominantemente público, mas gasta menos do que o setor privado de saúde. Este paradoxo propicia o crescimento desmesurado dos custos com saúde, gerando uma lógica de financiamento que privilegia a assistência “mais sofisticada”, que demanda procedimentos que utilizam tecnologia de última geração, em detrimento da mais simples e eficaz.

A Subcomissão considera que os recursos aportados para a saúde são investimentos para o desenvolvimento do Brasil e não “gastos”, que contempla despesas de diversas matrizes. Logo, **saúde é projeto de desenvolvimento**. Por ser projeto de desenvolvimento, o Relatório defende fontes estáveis, pois com estabilidade dá para planejar.

Além disso, o Relatório defende a **ampliação qualificada de recursos para a saúde**, pois para se efetivar o SUS constitucional, que é universal, gratuito, integral e de qualidade, devemos **colocar dinheiro na saúde e colocar gestão na área de saúde**, isto é, as duas coisas devem caminhar juntas, inclusive como forma de ampliar e ganhar o debate sobre novos recursos para o SUS com legitimidade e racionalidade.

Por conseguinte, o Relatório ao tratar da responsabilidade sanitária fixou a determinação de que era preciso **esclarecer as atribuições específicas de cada esfera de governo**, pois a indefinição dessas atribuições tem gerado graves repercussões políticas, gerenciais e administrativas, assim como a ausência da complementaridade da União e dos Estados para com os Municípios.

Ademais, a relação entre as três esferas de governo pautada em mecanismos como pagamento por serviços prestados e o instrumento convênio estreita ainda mais as possibilidades da descentralização contar com o aporte de recursos e responder minimamente às necessidades administrativas e gerenciais do nível municipal.

No que concerne ao **rateio dos recursos da saúde entre os entes federados**, este Relatório defende que o estabelecimento de valores a



serem transferidos da União para os estados, Distrito Federal e Municípios observarão os seguintes critérios:

- ✓A responsabilidade sanitária assumida;
- ✓As metas e objetivos pactuados no contrato de ação pública;
- ✓A adesão aos programas estabelecidos como prioritários;
- ✓O critério populacional baseado no total de população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse contexto, a Subcomissão apresenta como pontos centrais para que não ocorram os erros do passado, que os **recursos novos da saúde destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.**

Evidentemente que são considerados como ações e serviços de saúde, para efeitos da aplicação de recursos da saúde, todos aqueles que decorrem das atribuições legais e constitucionais impostas à União, ao estado e ao Município, sendo vedada a utilização desses recursos em atividades não inseridas no campo de atuação do SUS, conforme disposto no art. 200 da Constituição Federal de 1988, art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

E esta Subcomissão acredita que as atividades-meio, ou as atividades administrativas, que dão suporte às atividades fins da saúde, bem como o pagamento de pessoal da saúde e os encargos fiscais e trabalhistas incidentes, **são considerados despesas de saúde** para efeitos de cálculo dos gastos em saúde, sendo **vedada a utilização de recursos para pagamento de pessoal inativo da saúde.** A razão disso é que recursos humanos, pessoal, é serviço e ação de saúde, não por decorrência da lei, ao contrário, porque um atendimento humanizado, eficaz, eficiente e boa gestão perpassa, necessariamente, pela dimensão pessoal.

Contudo, não faz sentido utilizar recursos da saúde para o pagamento de pensões e aposentadorias, justamente porque o sistema previdenciário brasileiro tratou de fixar que os recursos oriundos dos descontos dos salários dos trabalhadores vinculados ao mercado de trabalho, dos



contribuintes autônomos e dos recolhimentos de percentual incidente sobre folhas salariais das empresas são exclusivamente da previdência (art. 167, XI da CF/88), sob o argumento da relação da natureza solidária e de contribuição simples da previdência brasileira, no sentido de que os trabalhadores ativos pagam os atuais inativos, via pacto intergeracional.

Consoante o exposto, saúde faz parte do projeto de desenvolvimento do Brasil, daí que é preciso garantir recursos para o setor saúde. Exige-se que esses recursos sejam qualificados, isto é, oriundos de fontes seguras, estáveis e definitivas. Novos recursos qualificados para o setor saúde é o que possibilita a melhoria da gestão, uma vez que para melhorar a gestão temos que fazer investimentos.

## **7.8 A Reforma do SUS Constitucional: Profissionais e Recursos Humanos.**

### **7.8.1 Dilemas e desafios**

O tema “Profissionais e Recursos Humanos” foi tratado pela Subcomissão do SUS em reunião de trabalho no dia 16/06/2011 – apêndice deste Relatório, item “H”. Foram realizadas duas reuniões, nos períodos da manhã e da tarde, contando com a presença de entidades de representação de profissionais da saúde. No período da manhã participaram:

- ✓Jadete Lampert – presidente da Associação Brasileira de Educação Médica;
- ✓Aloisio Tibiriçá Miranda – vice-presidente do Conselho Federal de Medicina; e
- ✓Jeanne Lilian Marlene Michel – coordenadora-geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação.

No período da tarde participaram:

- ✓Marcos Luiz Macedo - Conselho Federal de Odontologia;
- ✓Manoel Nery - Conselho Federal de Enfermagem;



- ✓ Margarida Maria - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Seguridade Social;
- ✓ Shirley Morales - Federação Nacional dos Enfermeiros.

E três dessas entidades, em especial, ofertaram material por escrito para subsidiar os trabalhos, conforme solicitamos quando do convite para as reuniões de trabalho. Trata-se da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CNTSS<sup>79</sup>, o Conselho Federal de Medicina<sup>80</sup> e o Conselho Federal de Enfermagem<sup>81</sup>.

É importante registrar explicitamente que várias entidades corporativas contribuíram para os trabalhos desta Subcomissão. E que, a rigor, em diversas ocasiões o assunto entrou em pauta, de modo que não ficou confinado a um único dia. O exemplo da seção sobre governança e a construção das Câmaras de regulação explicitam perfeitamente o caso, assim como o debate sobre modelos gerenciais, ambos já tratados neste Relatório.

Por sua vez, é importante registrar que vários subtemas integram o tema básico e foram ofertados pelos participantes, como por exemplo, (a) a **falta de médicos** e a **abertura indiscriminada de várias escolas de medicina** nas últimas décadas; (b) a **necessidade de gestão de recursos humanos** para evitar a precarização do serviço público, com **planos de carreira, cargos e salário** e remuneração digna, ou novas modalidades de contratação; (c) o **conflito entre as profissões** para definição de competências, atribuições e harmonia entre as equipes; (d) a não qualidade do serviço em virtude da **precariedade da formação** profissional e da **ausência de educação permanente**.

---

<sup>79</sup> Documentos entregues pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, “SUS: promotor da inclusão social”, “Carta de Brasília: manifesto das categorias profissionais de saúde da CNTSS/CUT em apoio à regulamentação da jornada de trabalho para 30 horas semanais”, Nota técnica 33 de setembro de 2006.

<sup>80</sup> Texto, “Profissionais e Recursos Humanos no SUS” e Comissão para criação de carreira especial no SUS (proposta de projeto).

<sup>81</sup> “A enfermagem e os desafios para a saúde no Brasil, propostas para o período 2011-2015, de Jorge Lorenzetti / UFSC



277F6C0F34

O número de médicos no Brasil aumentou. Dados da Fundação Getúlio Vargas – FGV<sup>82</sup> apontam que em 1995 o Brasil tinha 893 médicos para cada habitante. Em 2005 esse número foi para 595, ou seja, aumentou o contingente de médicos no Brasil. Não necessariamente, pois mudanças de demanda e tecnológicas podem compensar as tendências de incremento de ofertas observadas. O aludido estudo da FGV demonstra que do ponto de vista do mercado de trabalho e dos usuários há escassez de médicos. Este debate foi bastante produtivo e disputado entre o representante do CFM e do CNRM. Disse o CFM:

Houve, nos últimos 10 anos, um crescimento de 80% do número de escolas médicas privadas no Brasil. Já se formaram médicos suficientes nesses 10 anos, já que o curso é de 6 anos. O Brasil, em número dessas escolas, só perde para a Índia. Somos o segundo colocado no ranking mundial em número de escolas médicas. E nós temos o trabalho de eles se concentrarem todos em Rio, São Paulo e Minas. O problema, a nosso ver, é de distribuição e qualificação desses médicos e, principalmente, de incentivo a eles, como já disse antes, para que possam ir trabalhar onde é preciso.

Não adianta fazer plano e não criar incentivos para que ele se torne viável. Quem manda é o mercado; é o mercado o que manda hoje no trabalho médico. O médico vai para o lugar que o mercado lhe oferece: pediatras estão acabando, dermatologistas e seus procedimentos estão aumentando. De novo: é o mercado que diz hoje para onde vai o médico; o mercado diz hoje onde vai abrir escola médica.

Por seu turno, disse o CNRM:

Na verdade, o MEC tem feito seu papel na direção dessa defesa da qualidade. Mas há o entendimento, sim, data vênia, Dr. Tibiriçá, de que há, em alguns locais, necessidade de mais profissionais, embora concordemos plenamente com o senhor que a distribuição é um problema sério e que a fixação é um problema mais sério ainda.

Então, nós temos trabalhado muito assiduamente e com afinco na questão da fixação. E existe uma comprovação — com estudos internacionais,

---

<sup>82</sup> Não há indicação da data da publicação, mas o período da pesquisa foi de 1995 a 2006. Disponível em <http://www3.fgv.br/ibrecps/medicos/index.htm>. Acessado em 23.out. 2011.



inclusive — de que o melhor fator de fixação para os egressos de cursos de Medicina é a residência médica. Não adianta abrimos cursos de Medicina, se não oferecermos a residência médica como fator de fixação no local, pois o menino se forma e vai embora fazer residência em outro lugar.

Não se vai abrir nenhum curso de Medicina antes que se instituem condições estruturais. Ou seja, tem que haver uma infra-estrutura no local, uma rede de saúde adequada para comportar um curso de Medicina, e, antes de tudo, essa rede de saúde tem que buscar a criação de programas de residência, ter uma infra-estrutura de cunho acadêmico que consiga abraçar o curso de Medicina. E é isso que nós já estamos fazendo.

Nas nossas próprias universidades federais, toda vez que um Reitor vem pedir para abrir um curso de Medicina, nós temos conversado — isso é orientação do Ministro: Reitor, vamos ver primeiro qual é a estrutura que o senhor tem. Vamos ver como está a rede de saúde. Vamos ver os hospitais. Tem condição de receber os internos? Porque uma coisa é querer abrir o curso de Medicina. Aí, monta os laboratórios para os primeiros anos. Só que, normalmente, o Reitor não tem idéia do que significa chegar ao quinto ano e colocar esses alunos para fazer estágio nos hospitais.

Uma análise dos aspectos relacionados aos recursos humanos é a relação médico por cada 100 mil habitantes. Em um ranking de 174 países, o Brasil aparece na 84ª posição — com um médico para cada 870 habitantes. Entretanto, segundo dados do DATASUS, o número em 2005 seria de 595 médicos por habitantes, o que equivaleria a uma melhora de 22 posições (dados da FGV). O Reino Unido aparece na 14ª posição e a França na 12ª. “Talvez não seja por coincidência que países com mais médicos apresentem um IDH mais alto. A geração de médicos necessita de um bom sistema educacional e, além disso, médicos geram saúde e expectativa de vida, outro componente do IDH”.

Por sua vez, o “ranking” dos estados brasileiros baseados nos dados do DATADUS de 2008 indica que os líderes são o Distrito Federal





(3,62 médicos por habitantes), seguido de perto pelo Rio de Janeiro (3,4 médico por habitantes) e por São Paulo e Rio Grande do Sul, com 2,42 e 2,18, respectivamente. Os últimos do “ranking” dos estados brasileiros são Maranhão (0,62 médico por habitantes), Pará (0,79) e Piauí (0,85).

QUADRO 15

Número de profissionais de saúde por habitante	
Período:2008	
Unidade da Federação	Médicos_p/1.000_hab
Rondônia	0,93
Acre	0,95
Amazonas	1,04
Roraima	1,28
Pará	0,79
Amapá	0,93
Tocantins	1,21
Maranhão	0,62
Piauí	0,85
Ceará	0,98
Rio Grande do Norte	1,25
Paraíba	1,2
Pernambuco	1,36
Alagoas	1,14
Sergipe	1,28
Bahia	1,04
Minas Gerais	1,76
Espírito Santo	1,89
Rio de Janeiro	3,4
São Paulo	2,42
Paraná	1,66
Santa Catarina	1,77
Rio Grande do Sul	2,18
Mato Grosso do Sul	1,53
Mato Grosso	1,15
Goiás	1,52
Distrito Federal	3,62
Total	1,8
Fonte: Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais	

Os dados indicam que a distribuição dos profissionais médicos é bastante **desigual** entre as diversas regiões e estados brasileiros, bem



277F6C0F34

como no interior de cada uma delas. Verifica-se no caso dos médicos um perfil de distribuição para concentração nas regiões economicamente mais desenvolvidas e nestas nas concentrações urbanas de médio e grande porte.

Igualmente, os dados devem ser aliados às outras características. No caso, ao número de profissionais formados e o local dessa formação (quadro 16). Diante disso, articulam-se mais duas informações, o número de leitos públicos e privados de hospitais por habitantes – como parcela indicativa de acesso aos serviços de saúde – (quadro 17) e o valor médio pago por internação hospitalar (quadro 18).

Quanto ao número de médicos formados, apura-se que eles são formados em maiores números naqueles estados em que o número de médicos por habitantes apresenta uma razão razoável. Os estados com déficit de médicos estão localizados nas regiões com menor número de médicos formados. Por exemplo: a região Norte formou 743 médicos no ano de 2008, a região Nordeste formou 1.708, sendo que os estados do Maranhão e do Piauí formaram, respectivamente, 93 e 71 médicos. A região Sudeste formou 5.835 médicos e 4.117 odontólogos. A região Sul, constituída por 3 estados, formou 1.790 médicos e 1.739 odontólogos.

Os números de leitos hospitalares, públicos ou privados, seguem essa mesma **lógica de concentração**, que, por sua vez, caminha com o valor das internações pagas pelo SUS. Para ratificar tal posicionamento verificase que a região Norte tem 0,81 leitos públicos por mil habitantes e 0,49 leitos privados por mil habitantes. O valor médio da internação é de R\$ 534,00 (quinhentos e trinta e quatro reais). O Nordeste tem 1,05 leitos hospitalar públicos e 0,94 privados por mil habitantes. Pagou-se no ano de 2008, em média, R\$ 636,00 (seiscentos e trinta e seis reais). Já a região Sudeste, inversamente, dispunha de 0,67 leitos públicos e 1,04 privados com pagamento médio de R\$ 891,00 (oitocentos e noventa e um reais), enquanto que a região Sul tinha de 0,51 leitos públicos e 1,46 privados com pagamento de R\$895,00 (oitocentos e noventa e cinco reais).



Número de concluintes de cursos de graduação em saúde - Ano de 2008						
	Medicina	Odontologia	Enfermagem	Farmácia	Medicina Veterinária	Nutrição
<b>Região Norte</b>	<b>743</b>	<b>540</b>	<b>1.383</b>	<b>263</b>	<b>214</b>	<b>433</b>
Rondônia	23	76	299	-	-	59
Acre	39	-	-	-	-	-
Amazonas	272	187	460	120	78	157
Roraima	20	-	-	-	-	-
Pará	240	146	291	110	100	103
Amapá	-	-	13	-	-	-14
Tocantins	149	131	320	33	36	-
<b>Região Nordeste</b>	<b>1.708</b>	<b>1.560</b>	<b>6.121</b>	<b>1.127</b>	<b>565</b>	<b>170</b>
Maranhão	83	155	963	178	22	185
Piauí	71	117	297	4	47	117
Ceará	391	136	545	194	42	75
Rio Grande do Norte	91	141	240	158	35	203
Paraíba	162	125	1.024	108	66	133
Pernambuco	293	252	1.076	146	87	177
Alagoas	134	102	253	48	56	65
Sergipe	74	108	138	108	55	-
Bahia	409	424	1.585	183	155	215
<b>Região Sudeste</b>	<b>5.835</b>	<b>4.117</b>	<b>22.065</b>	<b>6.271</b>	<b>2.846</b>	<b>5.190</b>
Minas Gerais	1.392	1.096	6.635	1.501	709	1.628
Espírito Santo	133	122	947	496	120	215
Rio de Janeiro	2.145	948	4.219	1.386	615	910
São Paulo	2.165	1.951	10.264	2.888	1.402	2.437
<b>Região Sul</b>	<b>1.790</b>	<b>1.739</b>	<b>4.601</b>	<b>2.445</b>	<b>1.338</b>	<b>1.753</b>
Paraná	598	769	2.195	1.191	619	921
Santa Catarina	386	331	895	511	247	238
Rio Grande do Sul	806	639	1.511	743	472	594
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>709</b>	<b>773</b>	<b>3.243</b>	<b>1.511</b>	<b>689</b>	<b>702</b>
Mato Grosso do Sul	155	93	601	270	236	169
Mato Grosso	140	188	446	135	75	64
Goiás	110	292	1.539	815	229	109
Distrito Federal	304	200	657	291	149	360
<b>Brasil</b>	<b>10.785</b>	<b>8.729</b>	<b>37.413</b>	<b>11.617</b>	<b>5.652</b>	<b>9.248</b>

FONTE: DATASUS-2008



277F6C0F34

QUADRO 17

Número de leitos hospitalares por habitante - CNES/MS			
	Públicos	Privados	Total
<b>Região Norte</b>	<b>1,10</b>	<b>0,49</b>	<b>1,59</b>
Rondônia	1,57	0,16	1,73
Acre	1,70	0,29	1,99
Amazonas	1,34	0,16	1,50
Roraima	1,72	-	1,72
Pará	0,74	0,81	1,55
Amapá	1,27	0,18	1,45
Tocantins	1,44	0,26	1,71
<b>Região Nordeste</b>	<b>1,05</b>	<b>0,94</b>	<b>1,99</b>
Maranhão	1,34	0,83	2,17
Piauí	1,58	0,79	2,37
Ceará	0,86	0,90	1,76
Rio Grande do Norte	1,28	0,86	2,14
Paraíba	1,18	1,23	2,41
Pernambuco	1,16	0,98	2,14
Alagoas	0,74	1,02	1,76
Sergipe	0,59	1,08	1,66
Bahia	0,90	0,91	1,81
<b>Região Sudeste</b>	<b>0,67</b>	<b>1,04</b>	<b>1,70</b>
Minas Gerais	0,48	1,19	1,67
Espírito Santo	0,64	1,00	1,64
Rio de Janeiro	1,08	1,11	2,19
São Paulo	0,60	0,94	1,54



277F6C0F34

<b>Região Sul</b>	<b>0,51</b>	<b>1,46</b>	<b>1,97</b>
Paraná	0,54	1,48	2,02
Santa Catarina	0,53	1,33	1,86
Rio Grande do Sul	0,48	1,50	1,97
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>0,96</b>	<b>1,01</b>	<b>1,97</b>
Mato Grosso do Sul	0,53	1,21	1,74
Mato Grosso	0,81	0,90	1,72
Goiás	0,89	1,34	2,23
Distrito Federal	1,68	0,19	1,87
<b>Brasil</b>	<b>0,81</b>	<b>1,02</b>	<b>1,83</b>

FONTE: DATA SUS-2088

QUADRO 18

Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH)											
	Clínica médica	Pediatria	Obstetrícia	Clínica cirúrgica	Psiquiatria	Hospital-dia - Saúde mental	Hospital-dia - Outros	Assistência a doenças crônicas e fora de possibilidade farmacêutica	Reabilitação	Tisiologia	Total
	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008	2008
<b>Região Norte</b>	<b>426,79</b>	<b>517,38</b>	<b>503,82</b>	<b>710,54</b>	<b>1.177,35</b>	<b>644,36</b>	<b>415,28</b>	<b>522,18</b>	-	<b>415,85</b>	<b>534,69</b>
Rondônia	329,59	442,06	440,88	476,82	1.221,81	-	-	670,64	-	99,03	399,30
Acre	380,73	356,46	538,12	673,68	516,80	-	-	-	-	140,03	485,28
Amazonas	515,80	552,26	500,87	806,55	1.439,61	-	179,10	-	-	139,96	584,01
Roraima	373,49	484,64	439,03	510,66	-	-	-	-	-	118,88	444,60
Pará	417,79	509,67	513,87	695,61	1.084,34	644,36	550,93	27,32	-	729,76	529,39
Amapá	398,20	486,73	477,94	766,64	204,97	-	-	-	-	220,04	518,18
Tocantins	492,15	647,20	510,85	796,37	1.536,62	-	22,33	27,32	-	377,94	630,00
<b>Região Nordeste</b>	<b>475,05</b>	<b>554,73</b>	<b>508,28</b>	<b>866,80</b>	<b>1.927,33</b>	<b>840,95</b>	<b>223,58</b>	<b>3.488,89</b>	<b>674,34</b>	<b>1.256,46</b>	<b>635,19</b>
Maranhão	367,91	507,84	477,64	728,85	2.602,70	901,30	163,34	-	591,09	508,81	531,60
Piauí	397,50	475,90	495,25	851,15	1.142,94	904,05	-	809,15	-	499,68	553,53
Ceará	533,94	650,05	522,35	1.007,30	1.239,45	720,67	378,25	1.373,92	647,80	713,61	699,54
Rio Grande do Norte	512,18	593,46	551,76	1.216,78	1.388,54	-	-	-	-	941,06	764,21



277F6C0F34

Paraíba	478,18	587,48	547,50	1.016,26	1.870,37	-	22,50	235,89	-	1.291,59	662,86
Pernambuco	575,26	567,47	525,40	943,50	3.913,12	-	144,36	3.325,24	-	1.890,81	751,67
Alagoas	477,99	597,49	531,72	665,00	1.824,34	-	-	-	-	95,89	613,53
Sergipe	467,07	442,82	468,58	678,23	1.244,23	-	193,31	-	-	555,96	556,67
Bahia	452,88	508,59	485,61	750,88	1.506,86	743,08	447,90	5.347,23	845,28	1.208,52	573,94
<b>Região Sudeste</b>	<b>629,10</b>	<b>809,99</b>	<b>524,31</b>	<b>1.217,38</b>	<b>2.112,71</b>	<b>625,87</b>	<b>322,10</b>	<b>9.813,15</b>	<b>847,72</b>	<b>1.124,96</b>	<b>891,03</b>
Minas Gerais	630,59	904,98	543,45	1.187,13	1.543,96	802,08	276,66	9.530,94	778,92	1.280,43	847,30
Espírito Santo	497,98	803,32	510,23	1.119,49	1.559,91	-	159,18	818,79	684,33	665,10	763,08
Rio de Janeiro	581,46	574,66	476,81	1.005,55	3.291,66	587,79	230,11	7.767,40	997,21	793,03	825,91
São Paulo	652,43	866,31	530,08	1.288,28	1.986,47	625,82	334,52	11.607,78	587,05	1.455,61	943,28
<b>Região Sul</b>	<b>604,22</b>	<b>880,81</b>	<b>530,30</b>	<b>1.423,28</b>	<b>1.085,09</b>	<b>631,35</b>	<b>394,01</b>	<b>3.557,38</b>	-	<b>1.939,92</b>	<b>895,76</b>
Paraná	598,01	847,70	525,70	1.441,07	1.270,78	606,37	201,95	12.406,88	-	1.831,14	903,23
Santa Catarina	640,97	948,92	547,09	1.337,50	1.223,33	710,35	332,73	11.965,64	-	1.259,31	899,93
Rio Grande do Sul	592,62	881,30	524,01	1.451,68	742,72	805,74	431,08	1.906,57	-	2.239,64	885,96
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>475,22</b>	<b>707,02</b>	<b>523,66</b>	<b>1.023,98</b>	<b>1.102,85</b>	<b>646,37</b>	<b>138,18</b>	<b>3.844,57</b>	<b>897,50</b>	<b>925,58</b>	<b>677,61</b>
Mato Grosso do Sul	502,25	755,55	501,77	1.100,67	952,43	623,38	53,80	1.041,26	-	1.331,05	714,15
Mato Grosso	519,76	639,16	505,27	748,24	1.398,44	751,38	241,03	3.213,00	-	747,34	602,46
Goiás	395,61	673,80	499,01	1.159,13	1.318,00	626,12	352,20	7.381,89	1.322,03	1.059,62	665,14
Distrito Federal	666,51	766,84	574,89	973,39	345,35	-	-	541,53	811,48	292,92	741,57
<b>Brasil</b>	<b>554,70</b>	<b>689,56</b>	<b>517,09</b>	<b>1.112,50</b>	<b>1.750,78</b>	<b>684,72</b>	<b>316,29</b>	<b>7.388,32</b>	<b>836,18</b>	<b>1.225,95</b>	<b>771,25</b>

Fonte: DATA SUS 2008

É importante notar que, segundo os dados do DATASUS de 2008, o Brasil possui 1,83 leitos hospitalar, seja público ou privado, por hum mil habitantes. Sendo que são 0,81 leitos públicos e 1,02 leitos privados para cada mil/hab. Isso indica que o Estado brasileiro constitui sem dúvida o principal **agente financiador**, cobrindo boa parte do pagamento da produção dos serviços



277F6C0F34

hospitalares, tanto público como privados, enquanto prestação de serviços hospitalares.

Saliente-se, ainda, que o maior número de leitos de hospitais privados está na região Sul e Sudeste, inclusive com os mais altos pagamentos médios por internação, maior número de médicos e de formação de profissionais da área da saúde. **Inversamente**, temos os maiores números de leitos públicos, com pagamentos a menor; e os menores números de médicos e de formandos na área da saúde na região Norte e Nordeste. Essa **desproporção distributiva** denota a **lógica mercantilista da oferta de serviços de saúde**, o que nem sempre atende às demandas técnicas e às necessidades sociais, tais como as demandas da população por acesso e cobertura de serviços.

Documento entregue pelo representante do Estado de São Paulo, sr. Wladimir Tabora, consigna os seguintes dados, muito embora não especifique as fontes<sup>83</sup>:

Os hospitais dominam a dimensão organizacional do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, e surpreendentemente têm recebido pouca atenção dos políticos. O setor consiste em 7.400 estabelecimentos com mais de 471 mil leitos, 35% destes em hospitais públicos e os demais em privados. São providas 19,15 milhões de internações anualmente, a uma taxa razoável de 119 por mil habitantes. Os gastos hospitalares correspondem a cerca de 2/3 dos gastos públicos de saúde e a 60% da despesa total em saúde. O SUS financia a maioria dos cuidados hospitalares para os mais pobres: 90% no quintil mais baixo e 82% no seguinte.

Esta Subcomissão acredita, com base nos dados e informações colhidas, que a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, em termos de produção e de acesso da população uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e, portanto, mediada por

---

<sup>83</sup> Esclareça-se que a capa do documento faz menção ao “XIV Prêmio Tesouro Nacional – 2009: Homenagem a Euclides da Cunha”, o que indica a data provável da apresentação do trabalho e o título; “O Modelo de governança das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente”. A referência bibliográfica do trabalho é completa e foi útil para a produção deste Relatório.



mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais da saúde.

Ademais, mister se faz aduzir que todos os participantes que representaram as entidades de profissionais da saúde **defenderam a construção de planos de carreira, cargos e salários para os trabalhadores da saúde – PCCS.**

Na ocasião, apresentou-se proposta da adoção de pagamento por serviços prestados para médicos e odontólogos – ou seja, todos os demais profissionais do setor saúde estariam submetidos ao PCCS – e a introdução de mecanismos objetivando a competição dirigida. Explica-se: são três as formas mais usuais de pagamento por serviços prestados, (a) remuneração com ou sem limite fixado, (b) honorários e (c) pagamento por antecedência ou pré-pagamento. Adotar-se-á para os médicos, não o sistema de pagamento por antecedência, mas de um sistema vinculado a horas de disponibilidade para o serviço público, conjugado com avaliação de qualidade dessas horas dispensadas. Aqueles que estivessem dispostos a trabalhar mais tempo para o SUS, com efetiva qualidade, teriam remuneração melhor e segurança de contratação. Além disso, a competição dirigida, que abarca todos os profissionais, consiste na estratégia de contratação de serviços de saúde objetivando melhorar a competitividade e valorizar os prestadores que apresentem melhor desempenho em termos de qualidade, satisfação dos usuários e custos.

A regulamentação insuficiente e inadequada das profissões da saúde para a nova conjuntura que vivemos promove insatisfações e conflitos que, freqüentemente, comprometem a eficiência e eficácia das ações em saúde. Isso restou bem acertado pelas palavras da representante da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, que disse:

Hoje, o conhecimento evoluiu de tal forma que a formação exige, dentro das metodologias de ensino e aprendizagem mais ativas, que os profissionais dêem conta da construção do conhecimento. Que esse profissional seja capaz, após sua formatura, de continuar construindo seu conhecimento para dar conta dos problemas que ele venha a enfrentar no dia a dia da sua profissão. Conseqüentemente, como ele não vai dar conta



277F6C0F34



do todo, da integralidade da saúde, para dar conta da integralidade da saúde precisamos de um profissional que seja capaz não só de desempenhar com competência a área a que ele se propõe, mas que seja capaz de trabalhar em equipe.

Hoje, em qualquer dos níveis, os profissionais têm de estar trabalhando em equipe. Eu acho que o conceito de equipe é uma coisa que pode ser trabalhada. É um desafio para nós, escolas médicas, discutir esses conceitos de equipe. O que é realmente uma equipe? O que não chega a trazer uma hierarquização de profissões, mas um grupo que se respeita e que se referencia nessa proposta de dar conta da integralidade da saúde da pessoa, seja ela um indivíduo, seja um coletivo de pessoas.

De fato, o panorama na área da saúde, tanto no nível internacional quanto nacional, revela uma teia de relações conflituosas entre o que se denomina indústria da saúde, o mercado da saúde – onde se incluem o aparelho formador e as corporações profissionais da área da saúde – e as necessidades de saúde das pessoas e populações. Este complexo emaranhado de sujeitos e suas implicações é um dos grandes e desafiadores objetos da gestão e regulação do trabalho e da educação permanente em saúde<sup>84</sup>.

Quando se observa a evolução do quadro de trabalhadores em saúde, se identifica a expressão significativa deste contingente, pois segundo dados fornecidos por Gilson Carvalho em audiência pública realizada na Câmara dos Deputados no dia 6 de abril de 2011, promovida pela bancada do PMDB, a força de trabalho do setor saúde é de **2,5 milhões de trabalhadores**, sendo **1,5 milhões públicos e 1 milhão do setor privado**. Isso representa o aporte de uma gigantesca responsabilidade tanto financeira, quanto regulatória para o SUS.

A descentralização da gestão e a precarização do trabalho andaram juntas nesta última década, provocando um déficit de pessoal estimado em 40% (MACHADO, 2003). O Estado se revela desmontado para o planejamento, gestão e regulação, embora apenas recentemente esteja buscando modalidades alternativas para resolver a questão.

---

<sup>84</sup> Extraído livremente de texto de Roberto Piccini e Rogério Carvalho, documento pessoal.



Um terço dos postos de trabalho em saúde são ocupados por profissionais de nível superior, novas profissões, como dos Agentes Comunitários em Saúde – ACS, se incorporam de maneira rápida, na maioria das vezes de maneira precarizada e sem a regulamentação necessária, daí o acréscimo do §5º ao art. 198 da CF/88. O número de ACS no período compreendido entre 1994 e 2011, passa de 29.098 para 248.295, distribuídos por 5.565 municípios.

A década de 90 revela ainda uma expansão desordenada dos cursos superiores da área da saúde, revelando um amplo predomínio do setor privado na formação de RH para a saúde. As escolas médicas passam de 80 para 114, as de enfermagem de 102 para 321, proliferação muito semelhante, ou até maior, acontece com os cursos formadores das demais profissões da área da saúde. Segundo o representante do CFM em nossa reunião de trabalho:

Houve, nos últimos 10 anos, um crescimento de 80% do número de escolas médicas privadas no Brasil. Já se formaram médicos suficientes nesses 10 anos, já que o curso é de 6 anos. O Brasil, em número dessas escolas, só perde para a Índia. Somos o segundo colocado no ranking mundial em número de escolas médicas.

Registre-se que a representante do CNRM do MEC atenuou a questão aduzindo que “que nos últimos 2 anos a concessão de autorização de criação de cursos de Medicina tem sido extremamente rigorosa”, bem como

(...) mais de 800 vagas de Medicina foram fechadas no País — esse foi um fato inédito: nunca, no País, se havia fechado vagas no curso de Medicina — por incapacidade operacional desses cursos, detectada em visitas por especialistas.

Os reflexos desta evolução na estrutura de ensino em saúde são claramente percebidos em todas as avaliações realizadas na última década e a crise no setor da educação em saúde se traduz também na dificuldade revelada nas iniciativas transformadoras ocorridas e em curso nas últimas duas décadas.

A educação em saúde recebeu, apesar do cenário adverso, o aporte recente de novos paradigmas, apontados nas diretrizes curriculares construídas através do esforço da sociedade civil organizada, que se transforma



em política de estado apontando novas esperanças ao setor, como por exemplo, a residência multiprofissional em áreas da saúde.

Assim sendo, o momento atual ensina que para cada novo passo neste processo de construção coletiva se faz presente a necessidade de elaborar novos mapas, novas bússolas e novas caixas de ferramentas, como equipamento mínimo para que os movimentos desencadeados de acordo com as necessidades dos diferentes atores sociais implicados, aconteçam em sintonia com o interesse coletivo.

### 7.8.2 Avançando no debate

A Subcomissão do SUS dentro de sua prerrogativa de apresentar propostas envida mais este esforço no sentido de somar sua contribuição ao SUS, para isso **propõe a criação dos espaços de governança** das Comissões de Pactuação de Formação Profissional, Gestão do Trabalho e Educação Permanente.

A **Comissão de Pactuação de Formação Profissional** tem a competência para definir a formação dos graduandos e pós-graduação, no caso, o conteúdo e as características do perfil profissional que se espera do profissional formado. Em decorrência disso, perfaz no seu âmbito a certificação e a acreditação das escolas de saúde.

Essa comissão é composta pelo Ministério da Educação, CONASS, CONASEMS e entidades da sociedade, como Conselhos profissionais, entidades de ensino, ABEM, entre outras.

Assim sendo, com relação à qualidade da formação, a tendência de aproximação do serviço de ensino, deixou de ser retórica e passou a ser uma busca real dos cursos formação. Reforçar esse caminho é fundamental para que amadureçamos e para que tenhamos profissionais capazes de enfrentar a realidade complexa. Contudo, está faltando nesse debate a compreensão do trabalho em saúde como um trabalho produtor de tecnologia, de intervenções para a solução de problemas coletivos e individuais de saúde. Essa é uma questão central, conceitual, que pode ser introduzida e que devemos buscar. Deve haver a consciência de que somos produtores de tecnologia, para, até



mesmo, enfrentarmos o debate com o mercado, o debate com o chamado complexo médico-industrial. Portanto, é fundamental a autocompreensão dos profissionais de que eles são produtores de tecnologia.

O que está acontecendo é uma inversão muito grande. Quando a tecnologia é a expropriada e transformada em máquina, quem a gerencia ganha mais. Quando ela está concentrada no profissional, no pediatra, no psiquiatra, no clínico, ele ganha menos, porque a remuneração e a valorização do trabalho da inteligência humana é menor do que a do trabalho da inteligência artificial ou concentrada no equipamento. Então, o debate no campo da formação tem que produzir tensões novas e criativas nessa área.

Não podemos esquecer, no nosso processo histórico, a questão da acreditação e da certificação profissional associadas às entidades médicas. Tem ocorrido uma retomada dos exames de final de cursos feitos pelos Conselhos. No passado, rejeitamos, coletivamente, o exame de ordem para médicos. Apesar da discordância sobre esses procedimentos, há a necessidade de avaliar o tipo de profissional que estamos colocando no mercado, mas não na perspectiva de definir reserva de mercado a partir dessa certificação, porque aí não avaliamos qualidade, não certificamos quem de fato é capacitado. Na verdade, nesse caso, nós certificamos a quantidade que o mercado, ou quem o controla, quer que entre no mercado.

O controle do mercado tem que ser prévio, tem que ser fruto de acordo institucional e definidor de macro política para a área da saúde e não fruto de uma certificação escamoteada por dentro de uma certificação profissional para fins de registros — a utilização do instrumento da avaliação como forma de reservar mercado. Temos que fugir disso e definir o controle de forma mais aberta, de forma mais central, como política de Estado.

Mas mesmo definindo isso, precisamos ter um sistema casado de acreditação da formação com certificação. Ou seja, escolas acreditadas e certificadas como escola de qualidade devem, conseqüentemente, colocar um profissional mais bem qualificado no mercado. Portanto, a certificação profissional poderia estar casada com a acreditação de escola. Assim dá para trabalharmos nessa direção. Senão, nós responsabilizamos individualmente, não



responsabilizamos as escolas, não responsabilizamos os aparelhos formadores, como tem sido feito.

Num Estado onde as universidades tiveram liberdade para abrir seus cursos, se não houver um sistema de acreditação e certificação, com implicação na vida dos alunos, não obrigamos essas escolas a reinvestirem os ganhos nelas próprias. Em qualquer lugar em que se fizer certificação-acreditação, vemos um mecanismo de mercado, comum: o mercado está definindo parte da formação e está no próprio mercado a compra da formação na área médica. É fundamental que trabalhemos essa questão.

A especialização é outro tema que também precisamos definir de forma macro. Não se pode esperar que as corporações e o próprio Estado vão ter que entrar em acordo político sobre parâmetros quantitativos objetivos — quantos anestesistas, quanto ortopedistas, quantos pediatras — e definir a estratégia de financiamento. Quem mais financia bolsa de Residência Médica no País é o Governo Federal. Então, temos que definir quantitativos. E definir num pacto político. Nenhum segmento pode, unilateralmente, definir o quantitativo. Isso tem que ser feito por um acordo político maior. Se não com as corporações, com a sociedade brasileira. A sociedade brasileira precisa opinar, porque, em última instância, é ela que está sofrendo com a falta de uma definição estratégica da quantidade de especialistas por especialidade no País.

Não é recomendável à regulação de mercado em áreas como essa. Muitos especialistas no mercado significa aumento de custo, significa piora da qualidade da prestação de serviço. É preciso que tenhamos um equilíbrio que garanta ao Estado e à sociedade segurança na prestação de serviços. A Comissão Nacional de Residência Médica avançou. Tem mecanismos de avaliação de programas, de credenciamento, de certificação se o programa está dentro das condições de funcionamento ou não. Podemos melhorar a intensidade, como se organiza pedagogicamente a exposição do aluno. A Residência pode evoluir, mas esse não é o debate central. O debate central, no momento, é definir qual é o quantitativo de especialistas que precisamos para auxiliar na conformação do sistema.



Se houver aumento do financiamento na proporção que o sistema precisa, ele entra em colapso por falta de especialistas e por falta de profissionais. No momento em que o Estado investir em recursos humanos, atrairá profissionais para o setor público e faltarão profissionais no setor privado em várias áreas. Já há uma competição muito grande, atualmente, entre o setor público e o privado para a manutenção de profissionais na terapia intensiva, pediatria, ortopedia e anestesiologia. Por exemplo, não temos anestesiológicos em quantidade suficiente.

A **Comissão de Pactuação de Gestão do Trabalho** é uma instância com a competência de pactuar a quantificação e distribuição de pessoal, isto é, de cuidar da quantidade, qualidade e alocação das carreiras do setor da saúde, uma vez que fixa diretrizes para a certificação e requalificação dos profissionais.

Além disso, é uma instância permanente de definição e delimitação de competência e abrangência das profissões, uma vez que a formação de equipes e o trabalho conjunto não podem sem fontes de disputas de atribuições e outros conflitos. O Estado é o regulador, daí ser uma política nacional de formatação de regras para funcionamento.

É composta pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, CONASS, CONASEMS, representantes das corporações profissionais e conselhos profissionais.

Isso porque os recursos humanos precisam de definições estruturais. A política de recursos humanos para o SUS permanece tema com grandes indefinições desde a Constituinte e que precisam ser enfrentadas. A começar pela orientação da formação dos profissionais de saúde, pois o SUS não tem realizado seu papel orientador definido na Constituição. Há grandes desafios nessa área e é necessário algum consenso sobre a quantidade de profissionais que precisamos formar para o País. Enquanto não houver um acordo político maior, estratégico, considerando o avanço inclusive da medicina e da tecnologia, vamos ficar presos a um debate menor.

No caso da necessidade de profissionais médicos, a idéia de que é necessário um médico para cada 1.000, 700, ou 600 habitantes não dialoga



com a realidade do desenvolvimento científico e tecnológico e até mesmo com a luta da medicina e dos médicos para manter sob seu domínio o controle de determinadas tecnologias de diagnósticos e de terapias. Portanto, se queremos o bônus da abrangência, tem que haver o ônus do debate da quantidade. Isso é inexorável. E se as entidades não construírem juntas, o País vai ter que definir, inclusive com desgastes desnecessários. Então, com a definição das responsabilidades do sistema, a definição do quantitativo de profissionais é fundamental.

**A Comissão de Pactuação de Educação Permanente** busca uma nova etapa em direção a um Sistema Nacional de Ordenamento do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS.

Quanto à educação permanente, é impossível não concebê-la como uma estratégia de gestão. A visão que temos da educação permanente é uma visão romântica, às vezes descolada da realidade, mas trata-se de um instrumento gerencial poderosíssimo, através do qual se faz a atualização tecnológica, acordos de processo produtivo e se estabelecem compromissos ético-profissionais com as equipes. É um grande instrumento de gestão gerencial que não pode deixar de fazer parte da equação gestora e da equação da organização sistêmica.

Por exemplo, em Sergipe foi criado um Centro de Educação Permanente, que em 3 anos atendeu 16.000 funcionários. Estes foram monitorados pela Ouvidoria e quando se passavam 6 meses da última atividade de educação permanente da equipe, as queixas na Ouvidoria com relação àquela equipe aumentavam. Após nova etapa de educação permanente, as queixas diminuían. O impacto da educação também foi observado em comportamentos concretos, como aumento do nível de diagnóstico, de consumo de medicamentos, de preservativos, etc. Ou seja, à medida que se faz educação permanente melhora o desempenho, diminuem as queixas, e melhora a efetividade de maneira geral. A educação permanente precisa ser colocada como condição para que tenhamos equipes qualificadas, profissionais aderidos, que compreendam seu papel no processo produtivo na área de saúde como um todo.



A respeito da fixação do profissional em regiões de maior necessidade, há enorme carência. A adoção de planos de carreira e concurso podem melhorar, mas não resolver o problema definitivamente, porque há falta de profissionais formados para ocupar os postos de trabalho. A supressão de vazios assistenciais em certas regiões, por meio do PSF tem atenuado a carência, contudo mesmo esse programa enfrenta dificuldade para dotar a equipe de profissionais (30% não possuem médico), de modo que são necessárias soluções mais abrangentes e efetivas.

Para o pagamento dos profissionais é preciso compreender as características das profissões. No caso dos médicos, não dá para enquadrarmos tudo, como se fosse um profissional que vende sua força de trabalho e sua disponibilidade, ou seja, coloca o seu tempo e se remunera pela sua disponibilidade, por ele estar presente num determinado processo produtivo. Essa é uma modalidade. Isso não dá conta para o caso dos médicos, pois é preciso combinar dois aspectos: disponibilidade e o saber tecnológico, uma tecnologia que está disponível para colocação no processo produtivo. Nesse caso, precisamos fazer uma compatibilização e precisamos superar os limites que temos hoje: o limite celetista ou o limite estatutário, que seguem regras muito semelhantes. Não podemos nos submeter a esses limites.

Por exemplo, contrata-se um profissional que tem um saber tecnológico, um saber na área cirúrgica. Se ele cumpriu a tarefa, pode cumpri-la em outro lugar. Por que ele vai ficar preso a um determinado ambiente? Nesse caso, o sistema de pagamento desse profissional tem de ser diferenciado. Temos de enfrentar essa questão por meio de um debate franco. Ao mesmo tempo em que o discurso das representações das categorias vem no sentido do reconhecimento dos direitos, a prática clama por outro mecanismo de pagamento, de remuneração. Portanto, cabe-nos resolver este dilema. Sem solucioná-lo, não temos como encaminhar esta questão.

Convém lembrar que não se trata de um problema apenas do Brasil, mas do mundo inteiro, na relação entre tomadores e prestadores, contratantes de serviços e os contratados, qualquer que seja o nome. No Canadá ocorre esse problema; na Espanha, há esse problema; em Portugal, há esse





problema; na Inglaterra, havia esse problema; na França, há esse problema. Enfim, existe no mundo inteiro. No Brasil, a natureza do trabalho médico não é diferente da Espanha. O trabalho médico é o mesmo, lida com a mesma situação, com mesma conformação, com a mesma base tecnológica e epistemológica, do ponto de vista da formação do conhecimento.

Precisamos ter tranqüilidade, parcimônia e competência. Precisamos resolver esse gargalo, porque envolve questões centrais. Definir quantitativo de médicos, quantitativo de especialistas, sistema de pagamento a profissionais, modelos gerenciais, mecanismos de certificação. Essas questões determinam o resto da relação, criam paz, canais, caminhos, para que possamos acumular historicamente.

Enfim, as várias indefinições sobre os recursos humanos dificultam a própria organização produtiva e a eficiência geral do sistema. Mas pode-se pensar em quatro grandes espaços.

Os espaços privilegiados para o exercício da cidadania no trabalho e na educação em saúde, se constituem para dois grandes eixos de negociação, o do trabalho em saúde e o da educação em saúde, através destes espaços se espera a negociação informada, até o limite possível, de maneira ágil, nos diversos níveis.

O espaço reservado ao controle social, caracterizado por Conselhos de Saúde, Nacional, Estadual e Municipal (representando as demandas dos Conselhos Locais de Saúde), onde as iniciativas do setor saúde são analisadas pela sociedade civil. Os três níveis contam ainda com as Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos como estrutura de apoio, vinculadas aos Conselhos de Saúde.

O espaço de pactuação entre as esferas executivas do governo se expressam nos Conselhos de Gestão Nacional e Estadual do SUS.

O quarto espaço é o da gestão, caracterizado na esfera Federal através do MS, no nível estadual através da Secretaria Estadual da Saúde e nos Municípios através das Secretarias Municipais de Saúde.

Vários são os possíveis fluxos dos produtos intermediários resultantes do trabalho realizado nestes espaços. A negociação acontecerá a



partir de demandas colocadas por qualquer uma das partes envolvidas, o resultado da negociação possível, passará pelo controle social, a pactuação e se materializara na gestão.

A racionalidade na construção das agendas comuns possíveis entre os espaços de negociação da educação em saúde e do trabalho em saúde, serão altamente desejáveis, no sentido de racionalizar os esforços intelectuais dos atores envolvidos, o tempo ocupado e os recursos financeiros necessários a estes movimentos.

De qualquer modo, a Subcomissão propugna pela continuidade dos trabalhos no tocante a esse tema. Contudo, em face do encerramento dos trabalhos desta Subcomissão, ela sugere a construção de outra Subcomissão Especial destinada a tratar do tema específico de recursos humanos, educação permanente e ordenação dos trabalhos em saúde para melhor desencadeamento e aprofundamento das propostas.

As falhas de implementação de um sistema que tem a concepção elogiada em todo o mundo precisam e podem ser corrigidas com adoção de um conjunto de medidas de aperfeiçoamento, que preservam a conquista social que é o SUS. A próxima seção apresenta aquelas consideradas viáveis e promissoras por essa Subcomissão.



## VIII – RECOMENDAÇÕES

### SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

1. Desenvolvimento de uma concepção de Sistema Único de Saúde – SUS que viabilize os princípios constitucionais da integralidade, da universalização, da descentralização e da participação popular, isto é, o SUS constitucional.

1.1 A compreensão do significado de gestão única de sistema requer uma definição mais precisa de Sistema Único de Saúde. Assim, o definimos como o somatório da capacidade produtiva, normativa, tecnológica, gerencial, de gestão, de financiamento e de recursos humanos da União, dos estados e dos Municípios de ações e serviços individuais e coletivos de promoção, proteção e recuperação da saúde, articulados, contínuos e executados por meio de um planejamento elaborado conjunta e compartilhadamente, com o objetivo de garantir acesso universal e a integralidade à saúde por meio de organização em rede que produz e distribui essas ações e serviços de saúde.

1.2 Além disso, é essencial que o Estado se capacite para exercer plenamente suas prerrogativas na regulação do sistema de saúde, de modo a, por exemplo, submeter o sistema de assistência supletiva, até o presente momento muito livre de qualquer regulação na prestação de serviços, a uma regulamentação capaz de coibir abusos, a prática de recusa de pacientes ou até exclusão ao atendimento. Por isso recomenda-se: as instituições privadas de assistência à saúde que completam ou suplementam as ações e serviços individuais e coletivos de saúde constituem, respectivamente, o subsistema complementar e suplementar do Sistema Único de Saúde – SUS, se submetem às diretrizes e normas referentes à universalidade de acesso, ao padrão de integralidade, ao sistema de garantia de acesso e, para fins de planejamento, a identificação de população usuária.

### SOBRE A INTEGRALIDADE E A UNIVERSALIDADE

2. O Padrão de Integralidade e a População Referenciada como elementos norteadores para a efetividade e o planejamento do SUS.

✓Diante do padrão de integralidade e da população referenciada é possível a estruturação do planejamento de ações e serviços de



277F6C0F34

saúde individuais e coletivas; das diretrizes para a descentralização e a elaboração do mapa sanitário;

- ✓ Por seu turno, uma vez incorporado o padrão de integralidade e o princípio da universalidade, bem como elaborados a programação de ações e serviços de saúde, as diretrizes para a descentralização e o mapa sanitário, os entes federados assumem cada um a sua respectiva responsabilidade sanitária por meio de contrato de ação pública;
- ✓ A despeito da responsabilidade sanitária e do contrato de ação pública, é importante a instituição do Sistema Nacional de Garantia de Acesso e do Sistema Nacional de Monitoramento e Avaliação, ferramentas de accountability.

### SOBRE A COOPERAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL E A GOVERNANÇA DO SUS

3. O Relatório recomenda como instrumentos de cooperação intergovernamental, entre outros: o acordo para a elaboração de programações gerais de ações e serviços de saúde, as diretrizes para descentralização, o mapa sanitário, a responsabilidade sanitária, e, concretamente, o próprio contrato de ação pública, todos perfazem pactos intergovernamentais. Além disso, o relatório propõe como espaço público para que esses mecanismos atuem, entre outros: os Conselhos nacionais e estaduais de Gestão do SUS, a Comissão de Interlocação e Apoio ao Sistema Judicial, bem como os Conselhos e entes do sistema de garantia de acesso e de avaliação e monitoramento.

3.1 Assim, este Relatório cria medidas de governança para que se possa institucionalizar e definir um marco legal tanto para (i) o espaço público dos Conselhos tripartite e bipartite – nominados no relatório de Conselho nacional e estadual de gestão do SUS –, para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS e para a Comissão de Interlocação e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública; (ii) como ao mesmo tempo também institucionaliza e fixa regras de estruturação e funcionamento do SUS por meio dos pactos intergovernamentais, tais como, a elaboração da programação geral de ações e serviços de saúde, das diretrizes para a descentralização, do mapa sanitário, da



assunção da responsabilidade sanitária e o próprio contrato de ação pública, entre outras.

3.2 O valioso Decreto 7.508, de 2011, não é instrumento adequado e não dispõe de todos os mecanismos necessários para os fins aqui propostos de planejamento, descentralização e mapeamento das necessidades de saúde; na clara definição dos serviços ofertados pelo SUS e na realização de contratos entre os entes Federados, com a identificação dos responsáveis pela execução e financiamento. Assim, para dar apoio a essa louvável iniciativa do Ministério da Saúde, recomenda-se que o Legislativo produza legislação que dê suporte ao processo de contratualização entre os entes Federados. De qualquer modo, registre-se o caminho correto e no rumo certo do Ministério da Saúde.

3.3. O SUS contará, então e sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- ✓A Conferência de Saúde;
- ✓O Conselho de Saúde.
- ✓O Conselho Nacional de Gestão do SUS, o Conselho Estadual de Gestão do SUS e o Conselho Regional de Gestão do SUS;
- ✓A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS;
- ✓A Comissão de Interlocução e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública;
- ✓Comissões de Pactuação de Formação Profissional, Gestão do Trabalho e Educação Permanente.
- ✓Sistema de Garantia de Acesso.

#### SOBRE REDES ASSISTENCIAIS

4. As diretrizes normativas do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Tal concepção legal está ultrapassada.



4.1 Acertada é a definição expressa na Portaria 4.279, de 31 de dezembro de 2010, onde conceitua organização das Redes de Atenção à Saúde da seguinte maneira: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. E ao se examinar a referida portaria, vê-se que as corretas diretrizes para a conformação de uma rede:

- ✓População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- ✓Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
- ✓Atenção Primária/Básica<sup>85</sup> estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
- ✓Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- ✓Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
- ✓Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- ✓Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde;

---

<sup>85</sup> Atende-se ao CONASS, que usa o termo “primária” e ao CONASEMS, que usa a expressão “básica”.



- ✓ Definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo;
- ✓ Articular as políticas institucionais;
- ✓ Desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- ✓ Participação social ampla;
- ✓ Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- ✓ Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- ✓ Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- ✓ Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- ✓ Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
- ✓ Gestão baseada em resultados.

4.2 A rede intragovernamental é formada pelas portas de entrada. O Relatório diz que se considera porta de entrada o serviço do SUS especializado no primeiro atendimento ao indivíduo, o qual deverá ser dotado de capacidade técnica e humana de identificação das necessidades da pessoa, capaz de referenciá-la para outros serviços. As portas de entrada às ações e serviços de saúde no SUS são:

- ✓ Unidades de atenção primária/básica, nela compreendidas os serviços de Saúde da Família;



- ✓ Unidades de urgência e emergência, entre as quais o serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- ✓ Centros de atenção psicossocial;
- ✓ Unidades especiais de acesso aberto.

4.3 Evidentemente que podem ser criadas novas portas de entrada no sistema, desde que aprovadas no Conselho Nacional de Gestão do SUS e no Conselho Estadual de Gestão do SUS. É vedado o acesso ao SUS fora dos fluxos estabelecidos e as portas de entrada são consideradas serviços essenciais, conforme dispõe o art. 10, inciso II da Lei 7.783, de 1989 e art. 22 da Lei 8.078, de 1990.

4.4 A estratificação de risco é elemento integrante de uma rede assistencial. Recomenda-se os seguintes critérios: o grau de risco individual; a cronologia da demanda; a etapa em que se encontra o cuidado; o grau de vulnerabilidade e/ou exposição ao risco; a relação tempo de evolução e risco; e os protocolos clínicos definidos.

4.5 Cada porta de entrada conterà pontos sistêmicos que disponibilizarão determinados rol de procedimentos, conforme suas especificidades. Considera-se como ponto sistêmico os pontos de acesso ao sistema, compreendidos todos os órgãos e entidades integrantes do SUS e os serviços privados contratados ou conveniados, os quais devem garantir ao indivíduo o direito à saúde.

#### SOBRE O SISTEMA DE GARANTIA DE ACESSO

5. Este Relatório recomenda a criação de um Sistema de Garantia de Acesso, cujo objetivo é atuar de maneira unificada no atendimento, identificação, reconhecimento e resolutividade das necessidades dos usuários do SUS. A finalidade é inequívoca: garantir-lhes acesso igualitário e equânime às ações e serviços de saúde que formam o padrão de integralidade. Logo, são direitos assegurados no sistema de garantia de acesso:

- ✓ O acesso de todos os usuários do SUS às ações e serviços de saúde individual e coletiva reconhecidas no padrão de integralidade em





condições de efetiva igualdade, inclusive no que toca os procedimentos administrativos decorrentes;

- ✓O atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos para assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela unidade sistêmica;
- ✓O acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva se dará independentemente do local do território nacional em que se encontre a cada momento os usuários do SUS, considerando especialmente as singularidades dos territórios isolados;
- ✓O acesso às ações e serviços de saúde considerados como de referência, na forma pactuada no Conselho Nacional de Gestão do SUS;
- ✓O marco de um tempo máximo de acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva de saúde, na forma pactuada no Conselho Nacional de Gestão do SUS;
- ✓Aos usuários, a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nas ações e serviços, hospitais e em outras unidades integrantes de atenção à saúde.
- ✓A informação aos usuários de seus direitos e deveres; das ações e serviços de saúde que conformam o padrão de integralidade; das portas de entrada do sistema; do registro geral das unidades sistêmicas, centros, estabelecimentos e serviços de saúde do Ministério da Saúde, de caráter público;

5.1 Os direitos assegurados no sistema de garantia de acesso são aplicados a todas as unidades sistêmicas, portas de entrada do sistema, centros, estabelecimentos, postos, clínicas, hospitais, públicos ou privados, sendo responsabilidade de cada ente federado velar por seu cumprimento no seu respectivo âmbito de jurisdição.



5.2 O Relatório propõe um novo indicador, qual seja, o indicador de garantia de acesso. Este é calculado a partir das variáveis de produção de ações e serviços de saúde, do compromisso de entrega assumido no contrato de ação pública com o que, de fato, é entregue pela unidade sistêmica.

5.3 Para colaborar com o processo de garantia de acesso e continuidade da atenção, recomenda-se que cada usuário seja cadastrado no sistema, por meio do Cartão Nacional do SUS. Nesse aspecto, saudamos a iniciativa do Ministério da Saúde de regulamentar esse dispositivo nesse ano, por meio de Portaria, e de determinar que o cartão será obrigatório a partir de 2012. Recomenda-se que cada usuário seja afiliado a uma região de saúde e a uma unidade de saúde de referência (melhor seria a uma equipe de saúde de referência, que poderia ser a do Programa de Saúde da Família), que centralizaria o gerenciamento de seu atendimento, de modo que a continuidade da atenção fosse garantida.

5.4 Também se recomenda a padronização, por consenso nacional, de tempos de espera máximos para atendimento no SUS, segundo procedimentos específicos. Com a utilização do cartão SUS, o sistema informatizado poderia emitir sinais de alerta para a unidade de referência, que gerencia a atenção do usuário, em casos de vencimento dos prazos.

#### SOBRE O SISTEMA DE CONTROLE: ACCOUNTABILITY E RESPONSABILIZAÇÃO POR DESEMPENHO

6. O Relatório propõe a responsabilização dos entes e agentes públicos pelo desempenho da ação governamental, a ser apurada via relatório de gestão – para o exercício do controle social – ou via sistema de avaliação e monitoramento – no exercício do controle interno. Em ambas as situações, o desempenho é conferido por meio dos indicadores e metas expressos no contrato de ação pública, com punições aos entes e uso das informações para reavaliação e retificações dos contratos.

6.1 Não se concebe que o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, via Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, use os mecanismos de responsabilização por conformidade à normas, exatamente como já procede a Controladoria Geral da União – CGU e o Tribunal de Contas da União – TCU. Não se admite mais uma administração burocrática



simplesmente focada no cumprimento de procedimentos normativos, inclusive muitas vezes esvaziando o exercício do controle social, a cargo dos Conselhos de Saúde, que ainda deixam muito a desejar, pois várias vezes representam uma fiscalização apenas como etapa cartorial.

6.2 O Relatório propõe que a CGU e o TCU permaneçam com suas atuais competências e atribuições, mas que o controle interno do SUS e o controle social possam verificar o desempenho mediante:

- ✓ Avaliação dos resultados qualitativos dos serviços de saúde;
- ✓ Controlar os serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das responsabilidades sanitárias estabelecidas e a aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos de ação pública;
- ✓ Avaliar os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos no contrato de ação pública;

6.3 Portanto, a legislação precisa inserir a dimensão da qualidade dos serviços e dos resultados obtidos. A transparência precisa ser promovida por obrigações quanto à divulgação de indicadores pré-estabelecidos (de processo – incluindo tempos de espera, segundo procedimentos específicos - de impacto, de satisfação do usuário) e do alcance de metas do SUS.

6.4 Nova legislação pode avançar no sentido de que toda a repartição de recursos no SUS seja baseada nesses contratos. Atualmente, o parágrafo primeiro do art. 35 da Lei 8080, de 1990, garante repasse automático de metade dos recursos, segundo critério populacional, “independentemente de qualquer procedimento prévio”. Sendo um decreto hierarquicamente inferior a uma lei, no caso, o Decreto 7.508, de 2011, este não pode se sobrepor àquela, para impor a obrigação de celebração de contratos que interfiram na metade de recursos que deve ser transferida de modo incondicional. Também é preciso esclarecer que os entes federados são os únicos que devem responder legalmente pelos contratos, ainda que organismos regionais sejam criados para facilitar a implantação da pactuação.

6.5 A responsabilidade sanitária dos gestores também precisa ser definida em lei. Há propostas tramitando nessa Casa (PL nº 21, de 2007), de modo que se recomenda sua pronta deliberação, associando a



pactuação a um padrão de integralidade, definido por consenso nacional, que permitirá tanto o monitoramento, quanto punições em casos de desvio. Tais punições não devem penalizar os usuários, apenas transferir a responsabilidades de gestão para outros níveis, até que sejam corrigidas as irregularidades, sem interrupções de serviços. Quanto ao crime de desvio de recursos do SUS, já está previsto no artigo 52 da Lei 8.080, de 1990, que tal situação é abordada segundo o art. 315 do Código Penal, devendo dar-se ampla divulgação sobre a existência desse dispositivo.

6.6 Ademais, reorganizam-se os mecanismos para que o Conselho Nacional de Saúde possa desempenhar o relevante papel na **homologação** do padrão de integralidade e outros pactos intergovernamentais.

6.7 Sobre o controle social, recomenda-se que se dê publicidade à Lei que obriga gestores da saúde a comparecerem trimestralmente perante o Poder Legislativo para exporem a situação do setor. O Legislativo federal pode dar o exemplo, agendando com o Ministro da Saúde as datas das apresentações trimestrais perante a CSSF. Um avanço na legislação que trata do controle social seria a inclusão de representação dos usuários em serviços de saúde.

6.8 O relatório propõe a criação do **Selo Vida** como incentivo a ser concedido às unidades sistêmicas que ultrapassarem as metas e superem os objetivos estabelecidos no contrato de ação pública, com benefício financeiro e uso de slogan para a respectiva unidade sistêmica.

#### SOBRE A POLÍTICA DE PESSOAL E RECURSOS HUMANOS DO SUS

7. Inicialmente, recomenda-se monitoramento efetivo do cumprimento da Lei 8.142, de 1990, que exige a existência de planos de cargos e salários para o recebimento de recursos fundo a fundo. Também é preciso a regulamentação em lei da previsão constitucional da competência do SUS de ordenar a formação dos recursos humanos e prever a obrigação para que sejam divulgadas as necessidades por profissionais de saúde, segundo área de atuação, ao longo do tempo, para facilitar decisões por estudantes em processo de escolha de suas profissões e de universidades em processo de organização de cursos de graduação e de especialização.

7.1 De fato, os desafios nessa área são enormes e vão desde a solução de problemas acerca das competências e atribuições dos profissionais que formam equipes de saúde ou que, simplesmente, labutam no



setor da saúde, mas que entram em conflitos, até a criação de novas carreiras, novas vagas, distribuição espacial dos profissionais, falta de profissionais de saúde e regimes de contratação que privilegiem quem tem melhor desempenho.

7.2 Além da situação dos atuais servidores é preciso definir a estratégia de substituição da força de trabalho contratada de forma precária, por meio das várias formas de terceirização. Recomenda-se apoio aos Projetos que buscam solucionar as questões problemáticas a esse respeito.

7.3 É preciso definir com clareza o que são as atividades exclusivas de Estado do setor da saúde. Assim, necessário se faz propositura no sentido da criação da carreira de Estado da saúde com o objetivo de suprir as atuais deficiências de pessoal qualificado nas áreas supracitadas e assegurar a sustentabilidade da Reforma Sanitária e Gerencial.

7.4 Além disso, é necessário pensar em criar instâncias que possam, politicamente, dirimir vários conflitos, como por exemplo, as Comissões de Pactuação de Formação Profissional, Gestão do Trabalho e Educação Permanente.

7.5 Torna-se importante avançar nos estudos sobre a competência do SUS em ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e a educação permanente, por meio de uma nova Subcomissão Especial.

#### SOBRE A REFORMA ADMINISTRATIVA E GERENCIAL

8. Os trabalhos realizados por esta Subcomissão, por meio das missões oficiais ao Reino da Espanha, Reino Unido e a França, assim como diante da participação ativa de palestrantes convidados, dos documentos por eles deixados, inclusive com posições que asseguraram muitas vezes o contraditório, fez configurar uma tendência existente no Brasil e no resto do Mundo, qual seja, um movimento que migra a prestação de serviços e ações de saúde do tipo exclusivamente público para o tipo público-privado. Desloca-se a prestação de ações e serviços de saúde do público para o privado regulado, de modo que se mantém o nível de controle estatal. Isto se explica em razão da natureza da atividade produtiva e da necessidade de maior autonomia gerencial para criar um sistema mais aberto, inclusive de aquisição de insumos e serviços.

8.1 Por sua vez, são muitas as teorias elaboradas e propaladas sobre gestão e administração. Ao longo do tempo, as novidades que produziam algum resultado prático de melhora de produção ou de desempenho



corporativo transformavam-se em receitas absolutas para todos os desafios da gestão. Como área viva que representa a própria dinâmica de vida das organizações, submetida ao meio sob a forma de sistema aberto, a gestão assumirá novos contornos às vezes involuntários e dependentes somente do comportamento da porção substantiva do objeto da organização. Logo, a gestão é naturalmente instável e de desenho “organogramático”, sempre sujeito a mudanças, por ser o retrato ideal de um momento histórico.

8.2 A reforma gerencial e de gestão está baseada no conceito de organismo vivo, que tem papel constitucional (de Estado) e papel político (de Governo), que representa um modo de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida em sociedade. Este Relatório recomenda que para o SUS cumprir o papel de Estado, consoante previsto na CF/88, e considerando o desenvolvimento histórico do Estado Brasileiro e da sociedade nos últimos vinte anos, algumas referências são necessárias:

- ✓ Gestão por objeto;
- ✓ Separação de atividades exclusivas de Estado e atividades de produção não exclusiva de Estado;
- ✓ Busca da eficiência como princípio organizacional;
- ✓ Transparência gerencial e operacional;
- ✓ Descentralização operacional;
- ✓ Planejamento participativo;
- ✓ Sistema de decisão colegiado que se configura de acordo com a demanda;
- ✓ Trabalhadores como sujeitos.

8.3 Assim, incorporar o conceito de atividade exclusiva de Estado nos permite fazer a divisão do que somente o Estado pode fazer através da Administração Direta ou Indireta. Também fica claro o que o Estado pode transferir para organismos estatais: atividades econômicas tarifadas e outras como a prestação de serviços de saúde.



8.4 Ao adotarmos as modalidades abertas de personalidade de direito privado, isto representa importante instrumento gerencial para organizar o setor de produção de serviço do Estado, que é composto por serviços hospitalares, o SAMU, laboratório de saúde pública, hemocentro, serviço de verificação de óbitos e formação de pessoal. Com a criação de entes dessa natureza, a assinatura dos contratos estatais de serviços e o repasse de recursos fundo a fundo para a produção de serviços e o financiamento de política respectivamente, permitirá o acompanhamento de metas contratadas e dos beneficiados com repasses de recursos, promovendo a descentralização operacional com transparência na aplicação dos recursos.

#### PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS

9. Dispor em Lei sobre o padrão de integralidade e a universalidade como elementos norteadores para estabelecer a responsabilidade sanitária. Esta passa a ser o marco legal para as ações de gestão, coordenação e cooperação dos entes federados no exercício de suas competências no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Para isso, altera-se a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme Projeto de Lei contido no item “L” do Apêndice deste Relatório.

9.1. Dispor em Lei sobre os Conselhos de Gestão Nacional, Estadual e Regional, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS; a Comissão de Interlocução e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública, conforme Indicação contido no item “M” do Apêndice deste Relatório.

9.2 Dispor em Lei sobre as regras para elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individual e Coletiva, as Diretrizes para a Descentralização, o Mapa Sanitário e o Contrato de Ação Pública, por meio de Indicação contido no item “N” do Apêndice deste Relatório.

9.3. Dispor em Lei sobre o Selo Vida e o Sistema de Garantia de Acesso, conforme Indicação contido no item “O” do Apêndice deste Relatório.

9.4 Apoiar o Projeto de Lei nº 21, de 2007, que dispõe sobre a Responsabilidade Sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas.



10. Apresentar requerimento para criação de nova Subcomissão Especial destinada a tratar sobre Ordenação e Formação de Recursos Humanos na área da saúde e Educação Permanente, conforme Requerimento contido no item “P” do Apêndice deste Relatório.

11. Dispor em Lei sobre o Financiamento para o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio das seguintes medidas:

11.1 Apoiar o Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, que cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS;

11.2 Apoiar o Projeto de Lei do Senado nº 707, de 2007, que aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras para 18%;

11.3 Propor o Projeto de Lei sobre o Ressarcimento Presumido ao SUS, conforme item “Q” do Apêndice deste Relatório;

11.4 Apoiar o Projeto de Lei Complementar nº 48, de 2011, que tributa Grandes Fortunas por meio de contribuição social e destinando recursos para o setor saúde;

11.5 Alterar o art. 32 da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, (Lei dos Planos de Saúde) para aperfeiçoar o Ressarcimento por Procedimento, conforme item “R” do Apêndice deste Relatório.

11.6 Apresentar Requerimento para aprofundar estudo, por meio da Consultoria Legislativa, e no prazo de 60 (sessenta) dias propor os seguintes Projetos de Lei em benefícios do SUS (item “S” do Apêndice do Relatório):

a) teto para dedução do Imposto de Renda de despesas médicas. Considerando um tempo progressivo para esse teto, que deve acompanhar a qualidade e a eficiência do serviço para evitar ação abrupta e ao mesmo tempo a classe média ir conhecendo o impacto da medida;

b) extinção de subsídios e subvenções do Estado às empresas ou aos grupos de medicina do setor privado lucrativo, salvo naquelas situações em que o Poder Público não esteja presente. Neste caso, deve haver redução na medida em que há aumento da presença pública;





c) Verificar a viabilidade da instituição do Imposto sobre Grandes Movimentações Financeiras para transações acima de R\$ 1.000.000,00 de reais.

12. Dispor em Lei sobre novas formas de rateio dos recursos do Sistema Único de Saúde – SUS, alterando o art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a partir daquelas definições de responsabilidade sanitária e do contrato de ação pública, conforme item “T” do Apêndice deste Relatório.

13. Reconhecer o trabalho bem realizado pelos gestores da saúde, mediante a elaboração de Resolução Legislativa para criação de selo a ser conferido anualmente pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), segundo critérios publicados anualmente, aos gestores de municípios e estados que se destacarem na implantação do SUS.

14. Recomenda-se a elaboração de Indicação ao Executivo para que envie projeto de criação de carreira para profissionais de saúde (em função de sua competência de iniciar projetos que afetem a organização da administração federal) para atuação em locais onde exista vazio assistencial no SUS.

15. Também se recomenda que o Congresso delibere sobre projeto de lei, em tramitação nessa Casa, que permite a ampliação dos gastos públicos com a contratação de profissionais da saúde.

#### SOBRE RECOMENDAÇÕES PARA A CÂMARA DOS DEPUTADOS E/OU CSSF

16. Também se recomenda que a CSSF monitore as proposições de saúde estruturantes para o SUS em tramitação na comissão e na Casa, utilizando metodologia de classificação desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Saúde da Câmara, a fim de analisar o fluxo das mesmas, apoiando sua oportuna deliberação, por meio da organização de uma pauta de deliberação que priorize as proposições estruturantes.



277F6C0F34

17. Ainda para facilitar o controle social e também oferecer meios para os parlamentares acompanharem a implantação do SUS, recomenda-se que a CSSF instale uma “sala de situação de saúde”, usando metodologia divulgada pela Organização Pan-Americana da Saúde, baseada na seleção de indicadores, que permitam a verificação ao longo do tempo do atingimento de metas claramente definidas no nível nacional, estadual e, até, municipal.

18. Para descentralizar o controle institucional e aumentar sua eficácia, é preciso debater sobre a necessidade de legislação para que os tribunais de contas estaduais e municipais auxiliem na análise da prestação de contas locais, incluindo parâmetros de qualidade dos serviços, segundo os contratos entre os Entes. Além disso, a CSSF poderia agendar reuniões conjuntas com a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle (CFT) da Câmara, com o Tribunal de contas da União (TCU) e com a Controladoria Geral da União (CGU) para monitorar a repartição dos recursos, segundo os critérios legais, e debater as ações de controle na área da saúde. Tais reuniões poderiam preceder à vinda trimestral do ministro da saúde, para fundamentar o questionamento dos parlamentares.

19. Com relação ao financiamento do SUS, após a Câmara ter cumprido seu papel em dar andamento à discussão da regulamentação da Emenda 29, de 2000, encaminhando o Projeto de Lei Complementar 306, de 2008, para a consideração final do Senado, recomenda-se sua pronta deliberação por aquela Casa, sempre considerando os interesses dos usuários do SUS.

20. Recomenda-se à CSSF que solicite ao Conselho de Altos Estudos da Câmara dos Deputados um estudo detalhado sobre as áreas em que os recursos do SUS estão sendo aplicados, acompanhada de estimativas sobre em que atividades novos recursos seriam aplicados para atingir metas existentes, inclusive considerando o Plano Plurianual. Tal estudo também deveria estimar o impacto dos desvios de recursos no sistema, bem como a situação da renúncia fiscal relacionada à função saúde e, ainda, identificar fontes que poderiam proporcionar mais recursos para a saúde.



277F6C0F34

21. Recomenda-se que a CSSF expeça ofício para os respectivos autores, relatores e presidentes de Comissões por onde tramitam todas as Proposições que foram enumeradas nestas recomendações como recebendo apoio deste Relatório, para que Suas Exas. fiquem cientes do posicionamento favorável à matéria adotado pelo Relatório e pela nossa Comissão.

22. Acolher a manifestação e as sugestões apresentadas pelos Deputados na reunião da CSSF no dia 26 de outubro de 2011.

(a) José Linhares, referente ao acesso e incorporação de tecnologia de informação do SUS, por meio do item 5.3. Na oportunidade, se esclarece que se retirou o item 5.5 apenas como técnica redacional para o atendimento;

(b) Jandira Feghali, na forma proposta no item 11.4<sup>86</sup>, apoiando o projeto já em tramitação nesta Casa que tributa grandes fortunas;

(c) Dr. Aloizio, contemplado na forma do item 11.4, uma vez que se trata de proposição de autoria de S<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup>.

22.1 Esclarecer que em decorrência do acatamento das sugestões foi necessário modificar os itens 5.3 e 11.4, além da retirada do Apêndice “R” do relatório. Corrigindo a seqüência alfabética de identificação dos apêndices.

22.2 Na oportunidade, se verificou erro de numeração dos itens a partir da página 204 e seguintes. Procedeu-se as correções sem nenhuma supressão ou modificação do texto anterior, exceto no que toca os itens e o apêndice acima mencionados.

Finalmente, recomenda-se à CSSF que encaminhe uma cópia desse relatório a todas as instituições que participaram das atividades dessa Subcomissão.

Este é o Relatório que nos cabia elaborar.

---

<sup>86</sup> Observar que em decorrência de erro de numeração, no texto anterior tal assunto se referia ao item 12.4. Vide n. 22.2.



Sala da Comissão, em de de 2011.

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

RELATOR



277F6C0F34

## APÊNDICES

### A) Aspectos históricos do SUS

#### O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ANTES DA CF/88 E O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Para entender como a concepção de saúde como direito da cidadania foi internalizada no Brasil, faz-se necessário realizar uma breve descrição sobre a organização do sistema público de saúde brasileiro antes da CF/88 e os debates que se realizavam a respeito do papel dos serviços de saúde como componente dos desenvolvimentos econômico e social.

Segundo Piola e Viana (2008), antes da criação do SUS, o sistema de saúde brasileiro poderia ser caracterizado como excludente, segmentado, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde. O sistema público era altamente centralizado no nível federal e caracterizava-se por marcada segmentações institucional e de clientela, visto que o Ministério da Saúde (MS) e o então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)<sup>87</sup> tinham funções diferentes e atendiam a públicos distintos. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho ficava a cargo do MPAS e era financiada pelo sistema de Seguridade Social, para o qual contribuíam empregados, empregadores e o governo federal. Ao MS, às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) cabiam, basicamente, as ações típicas da saúde pública, tais como: o controle de doenças transmissíveis e as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Parcela reduzida da população, que dispunha de recursos financeiros, pagava pelo serviço de saúde diretamente ao prestador do setor privado lucrativo, em consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais particulares. A população mais pobre e não vinculada a algum sistema de asseguramento dependia dos restritos serviços assistenciais (gratuitos) do MS, dos estados, dos municípios e das entidades filantrópicas; particularmente estas últimas que eram detentoras, até a década de 1970, de mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, e

---

<sup>87</sup> Modo como era chamado o Ministério da Previdência Social à época.



que gozavam de imunidade tributária para o cumprimento de sua função (BARROS, 2003).

Várias iniciativas governamentais foram desenvolvidas, ao longo das décadas de 1970 e 1980, visando abrandar a situação de exclusão e ampliar a legitimidade do regime autoritário, vigente na maior parte desse longo período. Entre as primeiras medidas que buscavam a inclusão de novos segmentos à assistência médica pública, estava a criação, em 1971, do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural). Este programa instituiu o direito às aposentadorias por velhice e invalidez, à pensão, ao auxílio-funeral, ao serviço de saúde e ao serviço social para o trabalhador do campo e seus dependentes<sup>88</sup>.

Em 1974, a Previdência Social protagonizou nova expansão no atendimento médico-assistencial. O Plano de Pronta Ação (PPA) estendeu a cobertura de assistência médica a qualquer pessoa em situações de urgência ou emergência, independentemente da posse de vínculo previdenciário. A partir de 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), além de propiciar a expansão de ações básicas de saúde e saneamento básico a pequenas comunidades desassistidas, inicialmente no interior do Nordeste, representou uma das primeiras iniciativas concretas de articulação entre o MS, a assistência médica da Previdência Social e as SES. Este programa estimulou o repasse de recursos, via convênios, para as SES.

Simultaneamente, na segunda metade da década de 1970, teve início uma série de experiências municipais e de universidades de universalidade da atenção e integração de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (CONASEMS, 2007).

Nessa rota de expandir cobertura para outros segmentos sociais, além dos inseridos formalmente no mercado de trabalho, e buscar maior articulação entre o MS, as SES, as SMS e a Previdência Social, insere-se a frustrada proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsauúde), em 1981, e a

---

<sup>88</sup> A Lei Complementar nº 11, de 1971, estabelecia que “os serviços de saúde serão prestados aos beneficiários, na escala que permitirem os recursos orçamentários do FUNRURAL, em regime de gratuidade total ou parcial, segundo a renda familiar do trabalhador ou dependente”, e estes eram disponibilizados parcialmente por meio de convênios com entidades sindicais e filantrópicas.



aprovação do plano do CONASP<sup>89</sup>, em 1984. Estas duas iniciativas representavam uma tentativa de ampliar o acesso à assistência médico-hospitalar previdenciária, mediante articulação com secretarias de saúde, sendo parcialmente financiadas com recursos da Previdência Social e sofreram, por tal razão, oposição de segmentos de profissionais e beneficiários do sistema previdenciário. O Prevsauúde orientava-se pelos princípios de hierarquização e integração da rede de serviços, participação comunitária e regionalização, mas não chegou a ser implantado. O plano do CONASP teve como consequências mais importantes, na área da assistência à saúde, a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1986, e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

As AIS representaram a primeira experiência de sistema de saúde integrado e envolviam a transferência de recursos, por meio de convênio, a estados e municípios para o custeio da assistência à saúde. Com as ações, vieram as comissões interinstitucionais de saúde, colegiados com representação da sociedade civil, nos âmbitos estadual e municipal.

Concebido como estratégia de transição para o SUS, a criação do SUDS resultou na transferência da rede de serviços do MPAS para estados e municípios e significou na prática um movimento de descentralização em direção à esfera estadual, de modo que cada um dos estados constituísse seu sistema de saúde e fosse responsável pelos serviços municipais e do estado. O SUDS aprofundou a experiência de transferência de recursos por meio de convênio adotada pelas AIS. No campo da gestão, adotou-se a Programação e Orçamentação Integrada (POI), “instrumento de planejamento que procurava integrar os orçamentos e ações dos órgãos federais, estaduais e municipais, e das instâncias colegiadas pluriinstitucionais, já vigentes desde o advento das AIS” (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

---

<sup>89</sup> O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), instituída em 1981, era composto por representantes de vários ministérios, prestadores e trabalhadores, com o propósito de organizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos, estabelecer mecanismos de controle de custos e avaliação do financiamento, além de buscar disciplinar o atendimento dos serviços.



Ainda com todas essas iniciativas, estima-se que à época cerca de metade da população não estava coberta por nenhum sistema previdenciário e dependiam da caridade de algumas instituições filantrópicas.

Nos campos teórico, político e conceitual, desde os anos 1960, as propostas então vigentes de expansão dos serviços públicos de saúde já eram fortemente criticadas por um grupo de sanitaristas, o qual foi fortemente influenciado pelos debates apresentados anteriormente da relação saúde-doença e, particularmente, sobre a determinação social da saúde. Adicionalmente aos debates filosóficos e da conformação da história do pensamento da medicina, o sanitarismo desenvolvimentista incorporou os debates relacionados às teorias cepalinas da década de 1950 a 1970 e defendiam que a melhoria substantiva das condições de saúde da população dependia da superação do estágio de atraso econômico em que se encontrava o país. Por isto, criticavam as medidas isoladas de extensão da assistência médica e combate às enfermidades endêmicas, como as que eram realizadas pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), por considerá-las inócuas se não fossem inseridas em processo de desenvolvimento com defesa dos interesses nacionais. Uma das interpretações então propagadas afirmava que, em razão da dependência econômica e posição subalterna das economias subdesenvolvidas da América Latina, havia um círculo vicioso entre a miséria e as enfermidades. A miséria criava condições favoráveis para as enfermidades, e estas agravavam o conjunto das condições de vida da população e prejudicavam o desempenho econômico em si. A concepção da saúde como sendo uma condição social e politicamente determinada remonta, no Brasil, ao que se costuma chamar de sanitarismo desenvolvimentista.

Essa visão estrutural da relação entre saúde e sociedade vinha em contraposição à perspectiva liberal de que os processos de educação geral e educação sanitária da população constituíam a chave para superar as penúrias de vida criadas pelas enfermidades endêmicas, especialmente no meio rural.

Nos anos 1970, ao lado do sanitarismo desenvolvimentista, surge, não só no Brasil como em outros países da América Latina, outra corrente de pensamento, a medicina social. Esta, igualmente, desenvolveu uma compreensão das determinações social e política das questões da saúde, mas a partir de uma





crítica que se iniciou internamente à medicina e seus fundamentos técnico-científicos e pedagógicos. O que pretendiam os defensores da medicina social era superar as visões individualista e organicista da saúde, centradas na relação médico – paciente, que caracteriza a prática tanto da medicina liberal quanto da chamada medicina preventiva. A medicina social, inserida junto aos cursos de pós-graduação das faculdades de medicina e, posteriormente, junto às escolas de saúde pública, entendia-se como um enfoque multidisciplinar e prática política de transformação democrática do sistema de saúde.

Nas palavras de um dos maiores expoentes dessa transformação, Sérgio Arouca:

As Ciências Sociais que começaram a ser introduzidas na fase inicial de implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva seguiam a vertente da Medicina Preventiva de feição norte-americana, que privilegiava a relação médico-paciente e os padrões de conduta médica, adotando uma visão antropológica e predominantemente funcionalista da área da saúde. Essa vertente discutia muito pouco a questão da determinação social dos sistemas de saúde, da estrutura social e do processo saúde doença. (...) O primeiro desafio dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva foi começar a ter outra visão da questão social na área da saúde, com a introdução do pensamento marxista. Começamos a discutir a questão das relações entre classes sociais e saúde, da determinação social do processo saúde-doença, a utilizar os trabalhos de Gentile de Melo sobre organização do sistema, os trabalhos do próprio Mário Chaves sobre sistemas de saúde. Esses estudos nos permitiram sair do enfoque centrado na relação médico-paciente, para discutir o trabalho em saúde e a organização de sistemas de saúde (CONASEMS, 2007, p. 45).

Nos anos 1980, todo o movimento reformista da saúde foi unificado, ganhando uma identidade, no âmbito das instituições acadêmicas, sob o título de saúde coletiva e uma identidade política denominada de movimento sanitário ou movimento da Reforma Sanitária.



O termo Reforma Sanitária corresponde à tradução literal da expressão utilizada para designar a experiência de reorganização do modelo de atenção à saúde que ocorreu na Itália. Nas palavras de Lima et al. (2009), na Itália a

Reforma Sanitária resultou na criação do ‘Servizio Sanitario Nazionale SSN’ (...) comprometido com uma moderna consciência sanitária, com base em um ideário democrático social, com uma proposta de universalizar o acesso e descentralizar a atenção à saúde, representando, assim, um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana (BERLINGUER, 1988). O lema era direito, saúde e garantia de assistência a todos e os princípios doutrinários eram: a globalidade, a igualdade, a universalidade e a unicidade.

Assim, no fim da década de 1970, a Itália rompe com o sistema mutualista e institui a saúde como direito.

O movimento sanitarista propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde, como posição política aglutinadora. Pode-se afirmar, resumidamente, que o movimento sanitarista defendia quatro pontos doutrinários centrais que foram decisivos para a formulação dos artigos referentes à saúde na nova constituição: i) concepção de saúde como direito universal de cidadania; ii) a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e iv) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade.

O cume das mobilizações realizadas por esse movimento foi alcançado por meio da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, doravante denominada VIII Conferência, já em pleno processo de redemocratização da sociedade e na perspectiva da convocação de uma assembleia constituinte. Esta preconizava a “progressiva estatização do setor” e o rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados.



Estabelecia também que as atribuições das três esferas de governo deveriam estar fundamentadas

no caráter federativo da nossa República de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades da Federação (UFs) e de seus municípios (BRASIL, 2008b, p. 12)

e formulava propostas para as funções que deveriam ser desempenhadas por cada uma das esferas de governo.

Como decorrência das deliberações da VIII Conferência foi constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que reuniu representantes de sete ministérios<sup>90</sup>, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), das confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura<sup>91</sup>, de federações sindicais e associações de profissionais de saúde<sup>92</sup>, de movimentos sociais<sup>93</sup> e das comissões de saúde do Senado Federal e da Câmara dos Deputados.

Ao contrário do que ocorrera durante a VIII Conferência, o segmento privado não se recusou a participar do debate e esteve representado por confederações patronais<sup>94</sup> e associações de classe de provedores do setor privado<sup>95</sup>.

O texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde, Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, contemplaram a maior parte das proposições da VIII Conferência e da CNRS.

---

<sup>90</sup> MS, MPAS/INAMPS, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério do Desenvolvimento Urbano, Secretaria de Planejamento, Ministério da Ciência e Tecnologia e Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior.

<sup>91</sup> Central Única dos Trabalhadores, Central Geral dos Trabalhadores e Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura.

<sup>92</sup> Federação Nacional dos Médicos e Associação Brasileira de Enfermagem.

<sup>93</sup> Confederação Nacional das Associações de Moradores.

<sup>94</sup> Confederação Nacional da Indústria, Confederação da Agricultura e Pecuária do Brasil e Confederação Nacional do Comércio

<sup>95</sup> Federação Brasileira de Hospitais e Confederação das Misericórdias do Brasil.



## **B) O Direito à Saúde e normas do SUS**

No texto constitucional, foram estabelecidos os seguintes balizamentos fundamentais acerca das políticas públicas concernentes à saúde:

- Declara a saúde integrante da seguridade social, junto com a Previdência e a Assistência Social (Art. 193).
- Determina a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196).
- Define o caráter de relevância pública de ações e serviços de saúde (Art. 197), com o que ficam justificadas sua regulamentação e fiscalização pelo poder público, especialmente pelo Ministério Público.
- Declara a saúde livre à iniciativa privada (Art. 199).
- Define a forma de organização, os princípios, o financiamento e as competências do SUS e o caráter complementar da participação do setor privado (Arts. 198, 199 e 200).

O direito à saúde na Constituição, explicitado pelo Art. 196, mas articulado aos direitos sociais fundamentais arrolados no Art. 6º, recebeu uma formulação que é inteiramente tributária a ideias e propostas cultivadas pelo movimento sanitarista brasileiro em sua trajetória ao longo dos anos 1980. Para entender melhor o que afirma o artigo é conveniente desdobrá-lo em quatro componentes: (1) A saúde é direito de todos e dever do Estado, (2) garantido mediante políticas sociais e econômicas (3) que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (4) e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Embora o processo de redação durante a Constituinte tenha levado em conta diversas propostas de emenda, esse artigo, em sua forma final, reproduz “ipsis literis”, mas de forma bastante sintética, declarações que compõem os relatórios da VIII Conferência e da CNRS. O relatório desta conferência expressa o direito à saúde do seguinte modo:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a



todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Por sua vez, o relatório da CNRS é ainda mais explícito, porque foi redigido nos moldes de uma proposição com vista ao texto constitucional:

Artigo 1º

A saúde é um direito assegurado pelo Estado a todos os habitantes do território nacional, sem qualquer distinção.

Artigo 2º

É dever do Estado:

I – implementar políticas econômicas e sociais que contribuam para eliminar ou reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde;

II – assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde pela garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;

III – assegurar, com essa finalidade, a existência da rede pública de serviços de saúde.

O Art. 196 da CF/88, de fato, acolheu duas concepções oriundas das discussões produzidas nos embates pré-constituintes pelo movimento sanitário. Em primeiro lugar, nota-se que incorporou uma compreensão específica da determinação social da saúde mediante a indicação de que as políticas sociais e econômicas devem concorrer para a “redução do risco de doença e de outros agravos”.<sup>96 97</sup> Neste caso, a compreensão social da saúde não está moldada pela noção utilitarista do bem-estar, mas, sim, pela noção de risco como componente de uma visão epidemiológica da determinação social da saúde. Em segundo lugar, ressalta-se uma diretriz de política pública para a garantia de ações e serviços atinentes à saúde: “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Por

<sup>96</sup> “risco de doenças e outros agravos” tem o significado de morbidade e mortalidade.

<sup>97</sup> Exemplos de políticas que se enquadram nessa caracterização são a expansão do emprego, a construção e manutenção de uma rede de saneamento básico e, ainda, as medidas legais ao tabagismo e ao uso de álcool por condutores de veículos.



sua vez, a rede pública de ações e serviços de saúde, referida na proposta da CNRS, cuja organização e princípios são tratados no Art. 198, recebeu o nome de SUS.

Essa compreensão do direito à saúde decorre de dois pilares que foram consagrados pelo próprio movimento sanitário: i) o dever para a saúde cabe unicamente ao Estado, sendo este o modo de garantir o resgate de uma dívida social com a cidadania; e ii) o princípio de acesso universal e igualitário é a base do sistema unificado proposto, como uma via institucional indispensável a fim de superar a dicotomia entre as chamadas ações de saúde pública e o atendimento clínico individual.

O direito à saúde, como declarado na CF/88, pode ser caracterizado mediante quatro distinções, conforme resumido a seguir.

1. A compreensão social da saúde adotada: o modelo seguido é o da determinação social da saúde centrado na noção de risco<sup>98</sup>.

2. Os critérios e limites distributivos preconizados: há um critério de justiça universal e igualitária em relação ao acesso a ações e serviços relevantes. O Estado é devedor do direito e o cidadão é o usuário deste direito. Limites distributivos não são explicitados, mas podem ser presumidos limites para o sistema.

3. Os agentes sociais envolvidos no cumprimento do direito e dever em relação à saúde: o Estado e o cidadão, sendo o direito atribuído a todos os cidadãos e o dever de garantia atribuído exclusivamente ao Estado. O papel das famílias e da sociedade não é referido.

4. O tratamento dado à questão das desigualdades e dos grupos em condições socialmente menos avantajadas: a equidade não é referida na seção específica da saúde<sup>99</sup>.

Entre os preceitos conexos ao direito à saúde, a universalidade no acesso foi um princípio aceito e absorvido por ampla gama de

---

<sup>98</sup> A noção de bem-estar não é sequer mencionada.

<sup>99</sup> Nas disposições gerais do capítulo III (Da Seguridade Social) em que estão definidos objetivos para todo o sistema de seguridade social, estão explicitados como objetivos, além da universalidade, a “uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais” (inciso VII) e a “seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços” (inciso III).



atores sociais. Idêntica compreensão, no tocante à sua importância, não alcança o princípio que o complementa, o de integralidade da atenção, apesar de estar previsto na CF/88, Art. 198 inciso II, e na Lei no 8.080, de 1990, capítulo I, item I, alínea, do Art. 6º, e capítulo II, item II, do Art. 7º.

A universalidade do direito à saúde e a garantia de integralidade da atenção são princípios que expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente de condições pessoais, econômicas e sociais.

Integralidade, contudo, foi desde o início um termo polissêmico. As dificuldades já eram sentidas nos debates ao longo dos anos 1970 e 1980. Diferentes atores expressavam diferentes concepções. Nos anais da VIII conferência, é possível identificar múltiplas acepções do termo, que podem ser agrupadas conforme a seguir:

- Atenção integral às pessoas, significando uma nova percepção ao lidar com as queixas, os sintomas, os diagnósticos e as terapêuticas, e ao considerar a integridade dos sujeitos. Conferia ênfase ao cuidado da saúde e à percepção da interdependência entre os problemas e às necessidades das pessoas, bem como à existência de diferentes premências, associadas a idade, gênero, etnia, padrões culturais etc, que o sistema deveria respeitar. Tal concepção aparece com nitidez na fala da representante do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Carmen Barroso “O direito à saúde implica em atenção especial às necessidades específicas de saúde de cada setor da população. As mulheres, por sua dupla carga de trabalho - no lar e fora do lar - e por seu papel especial de reprodutoras da espécie, apresentam problemas específicos de saúde que não podem ser ignorados pela rede de serviços públicos. Esses devem ser abordados de forma integrada (...)” (BRASIL, 1987a).

- Integralidade como o acesso a todos os serviços necessários, nos diferentes níveis de atenção, conforme determina a Lei no 8.080/1990, em seu Artigo 7º, item II: “(...) integralidade de assistência, entendida 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; (...)" (BRASIL, 1990a)

- Integralidade como a eliminação das dicotomias individual versus coletivo e preventivo versus curativo, que estavam consagradas na organização do sistema de saúde antes do SUS. As duas acepções foram freqüentes em diversas falas. Eleutério Rodrigues Neto, ao arrolar os princípios que deveriam reger o novo sistema de saúde, destacou: "Integralidade de ação setorial, superando progressivamente as dicotomias entre individual/coletivo e preventivo/curativo" (Rodriguez Neto , 1987, p. 259).

Essa multiplicidade de significados, ainda que não sejam conflitantes, tornou o conceito de complexa operacionalização.

A equidade igual acesso para igual necessidade embora citada com freqüência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais – universalidade, integralidade, descentralização, participação social.

O que a Constituição e a lei preveem expressamente são o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (CF/88, Art.196) e a "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (Lei no 8.080/1990, Art. 7º, inciso IV). Na verdade, a palavra equidade só aparece no capítulo da Seguridade Social como um requisito para a forma de participação no seu custeio (CF/88, Art. 194, parágrafo único), ainda que o preceito de atendimento igualitário possa expressar o princípio de equidade horizontal, isto é, igual atenção para igual necessidade.

A profundidade das mudanças requeridas para que esse conjunto de objetivos pudesse concretizar-se, associada a resistências de diferentes segmentos de interesses por estas atingidos, representaram o grande desafio enfrentado nas décadas seguintes pelo sistema de saúde do País. Ampliar a cobertura, expandir a rede de atenção, reorganizar o modelo de atenção, redefinir o modelo de gestão e equacionar o problema do financiamento foram exigências que se colocaram desde o início, e muitas destas ainda constituem desafio para a consolidação do sistema.





O marco legal do SUS está presente, pois, na Constituição Federal de 1988 (C.F. 88) e na “Lei Orgânica da Saúde,” composta pelas Leis Ordinárias nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Nesse apêndice são destacados os dispositivos associados às competências, princípios e campos de atuação do SUS. O art. 198 da C.F. 88 estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização (com direção única em cada esfera de governo), do atendimento integral, e da participação da comunidade. A Lei 8080/90 define que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS (art. 4º).

Essa Lei apresenta uma lista mais ampliada de princípios de organização do SUS (art. 7º): a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde); a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis



de assistência; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

As competências do SUS explicitadas no art. 200 da C.F 88 são: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Lei 8080/90 detalha os objetivos do SUS: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular política de saúde; assistir as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (art. 5º). Também reforça as competências indicadas na C.F, apresentando uma lista mais abrangente (art. 6º), incluindo: a execução de ações de saúde (de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica); a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.



A Lei 8080/90 foi modificada para incluir o subsistema de atenção à saúde indígena, o subsistema de atendimento e internação domiciliar e o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No final deste ano entrará em vigor as alterações promovidas pela Lei 12401/11, regulamentando a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no SUS.

Nas disposições finais e transitórias da Lei 8080/90 há dispositivos para o interesse da organização do SUS, como: a) a garantia de acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares; b) a preservação da gratuidade das ações e serviços de saúde nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas; c) integração ao SUS dos serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados; d) integração ao SUS dos serviços de saúde das Forças Armadas, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado; e) organização pelo Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do SUS, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

A respeito da organização, direção e gestão do SUS, a Lei 8080/90 destaca que as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (art. 8º), sendo a direção do sistema única e exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (art. 9º). A Lei admite a formação de distritos municipais de saúde e de consórcios intermunicipais, mantendo o princípio da direção única (art. 10).



Sobre Sistema de governança intergovernamental e modelo de acordo entre Entes, a Lei 8.080, de 1990, determina a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, para articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS (art. 12), destacando as seguintes atividades: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador (art. 13). Também determina a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, para propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (art. 14).

Os artigos 15 a 18 da Lei 8080/90, detalham as atribuições administrativas comuns e específicas dos entes federados no SUS. Destaca-se a atribuição de execução de serviços predominantemente para os municípios e de coordenação e apoio no caso dos demais entes. Sobre a União, destaca-se a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal e a criação do Sistema Nacional de Auditoria.

O financiamento das ações de saúde é objeto de vários dispositivos. A C.F. 88 indica que o SUS será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (art. 198). A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, inseriu nesse artigo determinações mais específicas, como a aplicação anual de recursos mínimos pelas unidades federadas, provenientes de tributos específicos. Essa Emenda previu que Lei complementar, reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá percentuais de gastos, critérios de rateio e de avaliação e montante a ser aplicado pela União. Nas disposições constitucionais transitórias ficou definido que o percentual mínimo a ser aplicado pelos Estados seria de 12% da receita de tributos especificados, dos municípios, de 15% e da União, 5% do aplicado em 1999, corrigidos anualmente pela variação do Produto Interno Bruto (PIB).



A Lei 8080/90 prevê que o orçamento da seguridade social destinará ao SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 31). As fontes adicionais de recursos para o SUS são citadas no art. 32.

Sobre a gestão financeira, essa Lei indica que os recursos do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (art. 33). Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

O art. 34 estabelece que as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no do SUS. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

O art. 35. apresenta critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, segundo análise técnica de programas e projetos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. Também indica, no parágrafo primeiro, que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão



ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

A Lei 8142/90 aborda relevantes dispositivos para transferência de recursos no SUS. Prevê que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (art. 2º).

O art. 3º dessa Lei estabelece que os recursos para cobertura das ações e serviços de saúde referidos serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080/90. Também indica que enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no referido artigo, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do art. 35, ou seja, apenas o critério populacional. Pelo menos setenta por cento dos recursos seriam destinados aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados. Também estabelece que os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos.

A Lei 8142/90 estabelece que, para receberem os recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle, segundo o art. 33 da Lei 8080/90; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (art. 4º). O não atendimento implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, pelos Estados, no caso de não atendimento por município, ou pela União, no caso de Estado. Essa Lei autoriza o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, a estabelecer condições para sua aplicação (art. 5º).

Com relação ao planejamento e da elaboração do orçamento do SUS, a Lei 8080/90 estabelece que o processo será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-



se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (art. 36). Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Coube ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (art. 37). Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa (art. 38).

Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde (art. 26). Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS.

Nas disposições finais e transitórias é indicado que o SUS estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais (art. 46).

A respeito dos recursos humanos no SUS, além da mencionada competência constitucional do SUS em ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, dispositivos mais particularizados a respeito de categorias profissionais específicas, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias, foram inseridos na C.F (alterando o art. 198) por meio de duas Emendas Constitucionais – 51/06 e 64/10 – para que possam



ser admitidos por seleção pública e tenham direito a piso salarial passível de ser complementado pela União.

A Lei 8080/90 estabelece que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; e valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS (art. 27). Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Segundo o art. 28, os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do SUS, só poderão ser exercidas em regime de tempo integral. Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do SUS; o que se aplica aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (art. 30).

Quanto ao controle social do SUS, a Lei 8142/90 estabelece que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (art. 1º).

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões





serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Outra Lei, a 8689, de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) possui um dispositivo pouco conhecido, mas relevante para o controle social. Trata-se do art. 12, que estabelece que o gestor do SUS em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

No que se refere a penalidades, segundo o art 33 da Lei 8080/90, o Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. Essa Lei também indica que, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do SUS em finalidades diversas das previstas na mesma (art. 52).

O apêndice seguinte trata do principal desafio que foi enfrentado, acerca da descentralização, descrevendo as políticas e estratégias adotadas, seus resultados e indicando questões que seguem demandando aperfeiçoamento ou problemas que exigem superação.



### **C) Gestão do SUS: estratégias e políticas**

Se o contexto político era amplamente legitimador dos dispositivos constitucionais, o econômico, no início da implantação do SUS, não poderia ser mais desfavorável. O início da década de 1990 foi marcado por importantes mudanças na sociedade capitalista. Estas tiveram início nos anos 1970, com a globalização e financeirização das economias e importantes mudanças nas relações de trabalho, com aumento do trabalho informal e desemprego estrutural e a conseqüente fragilização do movimento sindical. No Brasil, este processo instalou-se nos anos 1990, e a este adicionava-se forte crise econômica e particular crise do padrão de financiamento do Estado nacional. A redistribuição das receitas públicas entre as esferas de governo, determinada pela CF/88, e o elevado endividamento público, no ambiente de crise econômica então presente no país, eram ingredientes que poderiam ter inviabilizado a implantação do sistema, não tivesse a proposta a legitimidade e o suporte político dos movimentos sociais.

O reconhecimento constitucional da saúde como direito inerente à cidadania, com o conseqüente dever do Estado de garantir as condições para o exercício e a determinação de instituição de um Sistema Único de Saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção; a descentralização com comando único em cada esfera de governo; a regionalização da rede de serviços, como forma de organização; e a participação popular como instrumento de controle da sociedade sobre o sistema, foram vistos por muitos críticos como detalhamento desnecessário. Entretanto, foram de fundamental importância para tornar efetivo o dispositivo constitucional. Direitos sociais, por sua natureza redistributiva, são sempre de difícil concretização. A existência de dispositivo constitucional que reconhecia o direito, indicava a forma de financiamento e conferia o estatuto de relevância pública às ações e aos serviços de saúde foi uma poderosa arma de que se valeu o movimento social que lutava pela reforma sanitária para obter conquistas nos anos subsequentes. Organizações e movimentos sociais que, desde a Constituinte, reunidos na



Plenária Nacional de Saúde<sup>100</sup>, desenvolviam ação articulada, assumiram papel primordial nesta conjuntura adversa, no apoio aos setores que, no interior do MS e nas SES e SMS, tinham o objetivo de concretizar o SUS.

As barreiras enfrentadas à concretização do SUS não eram, como ainda hoje não são, poucas. Envolviam desde o enfrentamento de interesses econômicos hegemônicos até a superação da resistência ao necessário compartilhamento de poder com outras esferas de governo e as instâncias de controle social, incluindo ainda visões conflitantes sobre o papel do Estado, uma rede de serviços mal distribuída e insuficiente, o despreparo técnico de profissionais e práticas de gestão anacrônicas e inadequadas à concretização de um novo modelo de atenção.

Por essa razão, merecem destaque os esforços empreendidos para adequação da gestão do sistema aos princípios constitucionais.

A gestão do sistema tem sido indicada como o mais importante desafio enfrentado pelo SUS. Efetivar a mudança do modelo de atenção, garantir a integralidade do atendimento mediante a organização dos fluxos de cuidado para assegurar acesso a todos os níveis, articular prioridades locais e nacionais, implantar políticas capazes de responder às necessidades da população, assegurar disponibilidade dos serviços necessários e desenvolver capacidades para a gestão dos serviços em todas as esferas de governo foram, e em certa medida continuam sendo, exigências para que o sistema preconizado pela Constituição convertesse-se em realidade.

A organização descentralizada de ações e serviços de saúde foi um dos primeiros desafios do SUS. A descentralização está consolidando-se gradualmente, com sucessivos ajustes na definição de papéis e

---

<sup>100</sup> A Plenária Nacional da Saúde era um foro que reunia entidades de diferentes natureza (sindicatos, organizações não governamentais, movimentos sociais, conselhos profissionais, segmentos do Congresso Nacional, CONASS, CONASEMS etc.) em ações de advocacy, unidas pelo objetivo de assegurar a realização das ações necessárias ao cumprimento dos dispositivos constitucionais relativos à saúde.



responsabilidades das três instâncias de governo. Alguns instrumentos, particularmente as normas operacionais<sup>101</sup>, foram fundamentais em tal direção.

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 e a Norma Operacional Básica de 1992, bastante parecidas, inauguraram a prática de associar o repasse de recursos e a transferência de poderes sobre unidades assistenciais, principalmente do ex-INAMPS, a requisitos relacionados à estruturação institucional das secretarias estaduais e municipais de saúde. Condicionava-se a descentralização da gestão de estabelecimentos e os valores a ser transferidos, ao aferimento, ainda que cartorial, da existência de planos, fundos e conselhos de saúde, entre outros requisitos exigidos pela Lei no 8.142/1990. No período, foram estabelecidos tetos para as assistências hospitalar e ambulatorial, com o objetivo de conduzir à uma maior racionalização nos gastos, buscou-se a padronização dos pagamentos efetuados e difundiram-se os sistemas de informações que permitiram um maior controle dos pagamentos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Contudo, os pagamentos para os prestadores de serviços médico-hospitalares, inclusive públicos, continuaram sendo feitos pelo INAMPS; além disso, as secretarias estaduais e municipais de saúde também passaram a ser remuneradas por produção, ou seja, sem avançar no cumprimento da diretriz constitucional de descentralização da gestão (UGÁ et al., 2003).

A partir da Norma Operacional Básica de 1993, editada pela Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993, houve um favorecimento da relação direta entre os níveis federal e municipal, que marcou o avanço da municipalização, bem como um maior envolvimento dos secretários municipais no direcionamento da política de saúde. O conteúdo desta norma referenciou-se nas discussões e recomendações da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, cujo tema foi Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho. A NOB/1993 definiu o caráter automático das transferências intergovernamentais, criando a figura da transferência fundo a fundo, que previa o repasse de recursos

---

<sup>101</sup> Normas operacionais foram instrumentos normativos instituídos por portaria ministerial com o objetivo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUS. Na sua grande maioria, tiveram conteúdo definido de forma pactuada entre o MS e representação do CONASS e CONASEMS.



sem necessidade de convênios<sup>102</sup>. Criou também níveis de gestão municipal e estadual (incipiente, parcial e semiplena) com competências e responsabilidades administrativas e financeiras distintas. A ascensão aos níveis de gestão ocorria de acordo com o comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos pela norma (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Na NOB, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi citada pela primeira vez como uma entidade formal do SUS, embora já funcionasse anteriormente como órgão assessor, e foi determinada a criação das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) no âmbito de todos os estados.

As dificuldades financeiras do MS, à época, não encorajaram a maior parte dos estados ou municípios a habilitarem-se à gestão semiplena, a mais avançada, mas também a mais exigente em termos de requisitos e responsabilidades (PIOLA; REIS; RIBEIRO, 2000). Dessa forma, as transferências regulares e automáticas que a NOB/1993 inaugurou, ainda restritas ao custeio de serviços de assistências ambulatorial e hospitalar, beneficiaram apenas 137 dos mais de 5.000 municípios e somente cinco dos 27 estados, incluído o Distrito Federal (DF)<sup>103</sup>. Durante a vigência da NOB/1993, foi ocorrendo a estruturação das Secretarias de Saúde e a inclusão de novos protagonistas (gestores estaduais e municipais e conselheiros) na definição das políticas de saúde. Assim é que o processo de negociação e formulação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 1/1996), editada pela Portaria no 2.202, de 5 de novembro de 1996, demorou aproximadamente um ano e envolveu numerosas discussões no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT, além dos seminários promovidos pelo CONASS e pelo Conasems.

Apesar das modificações que conferiram à NOB 1/1996 uma feição mais ajustada à conjuntura política do MS, muitos dos seus objetivos iniciais foram contemplados, destacando-se: i) a inclusão de novas áreas, além da assistência médico-hospitalar para o repasse automático de recursos; ii) o

---

<sup>102</sup> Viabilizada, na prática, pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República.

<sup>103</sup> A esmagadora maioria dos municípios habilitados pela NOB/1993 optaram pela gestão parcial, situação na qual assumiam poucas responsabilidades e não recebiam repasses fundo a fundo.



reconhecimento de atribuições mais claras para os estados e a previsão de financiamento para sua execução; iii) o fortalecimento da CIT e das CIBs como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores, e a criação de instrumentos para a gestão compartilhada por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e iv) o aprimoramento da organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria.

Os estágios de gestão foram reduzidos a dois: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. Os municípios habilitados no primeiro estágio, isto é, na gestão plena da atenção básica, recebiam apenas os recursos relativos ao financiamento desta de forma regular e automática. Os procedimentos mais complexos (ambulatoriais e hospitalares) eram remunerados por produção. Já os municípios em gestão plena do sistema, como já acontecia com os municípios no estágio de gestão simplificada da NOB/1993, recebiam, fundo a fundo, também os valores relativos aos procedimentos de alta e média complexidades. Em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios e nove dos 27 estados estavam habilitados em alguma das condições de gestão da NOB 1/1996, e as transferências diretas aos fundos de estados e municípios correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência à saúde. Com a NOB 1/1996, o processo de descentralização foi acelerado<sup>104</sup>.

Essa norma também estabeleceu as bases para os mecanismos de descentralização de recursos para outras áreas, além das assistências ambulatorial e hospitalar. Com base nesta NOB começaram a ser transferidos recursos específicos para as vigilâncias sanitária e epidemiológica e o controle de doenças. Ademais, na norma, foram inseridas sinalizações de mudança do modelo assistencial por meio da criação de incentivos à implantação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família. Adicionalmente, a criação do Piso Assistencial

---

<sup>104</sup> A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em outubro de 1996, com recomposição do volume de recursos federais para a saúde nos anos que se seguiram, certamente contribuiu para a aceleração do processo de descentralização, uma vez que deu maior confiança aos estados e municípios de que não viriam a arcar somente com novas responsabilidades, sem o aumento das transferências federais. Por outro lado, a possibilidade de ser gestor apenas da atenção básica, permitiu que um maior número de municípios, principalmente os de menores recursos, assumisse a responsabilidade pela gestão desse nível de atendimento.



Básico (PAB), valor per capita transferido de forma automática para estados e municípios executarem ações de atenção básica, representou um novo reforço para a alteração do modelo de transferência de recursos, onde a expectativa de demanda, ou seja, a necessidade de acesso à atenção à saúde, sobrepuja-se à utilização da capacidade instalada ou à oferta de serviços como critério para definir o repasse de recursos (BIASOTO, 2003).

A descentralização mediada pelas NOB/1993 e NOB 1/1996 resultou em avanços, mas também problemas, muitos derivados de uma excessiva vocação municipalizante (PIOLA, 2002). Entre os avanços, cabe citar aumento de produtividade e efetividade nas ações já identificado em estudo realizado em 1995. Soares et al. (1995) identificou um aumento na produtividade das consultas médicas e queda na mortalidade infantil nos municípios do Ceará (CE) que assumiram a gestão dos seus sistemas locais. A diminuição da mortalidade infantil foi entre 16% a 26% superior nos municípios municipalizados, em relação aos não municipalizados, em uma amostra de 83 municípios.

Entre os problemas, o principal é a expansão de sistemas municipais sem nenhuma articulação regional, levando a ineficiências. O problema é agravado pela heterogeneidade dos municípios brasileiros tanto em termos de tamanho populacional, quanto de condições econômicas e capacidade instalada, características associadas ao fato de que os equipamentos de saúde atuam com escalas mínimas de produção, abaixo das quais passam a ser ineficientes. Biasoto Jr. (2003), ao analisar a rede hospitalar pública da maioria dos municípios brasileiros, chama a atenção para um quadro de extrema irracionalidade: 58,2% dos hospitais vinculados ao SUS tinham menos de 50 leitos, e somente 7% apresentavam a escala mínima econômica de 200 leitos. Mendes (2001) deu outros exemplos de ineficiência de escala ocasionados pela expansão de serviços sem nenhuma articulação regional. Segundo levantamento da Secretaria da Saúde do Ceará, em 2000, havia na região de Baturité, composta por oito municípios, oito hospitais operando com uma taxa média de ocupação de 22%; sete aparelhos de ultrassonografia quando seriam necessários apenas dois; dez laboratórios de patologia clínica operando em deseconomia de escala e com baixa qualidade. Estudo mais recente do Banco Mundial (BIRD)



confirma esta relação entre escala e eficiência. A taxa de ocupação média dos hospitais vinculados ao SUS é de 28,8%. Somente os hospitais com mais de 250 leitos atingem valores mais aceitáveis de 76,6%, enquanto nos hospitais que possuem entre 100 e 249 leitos, a taxa é de 46,6% e inferior a 30% nos hospitais com menos de 99 leitos (BIRD, 2005 apud CONASS, 2006, p. 82).

Com a aceleração da descentralização com repasse de recursos diretamente aos municípios, novos problemas passaram a ser identificados. De um lado, os de maior porte começaram a ensaiar políticas de restrição do atendimento a pacientes de municípios vizinhos, com redes assistenciais menos resolutivas. De outro, muitos municípios assumiram um comportamento oportunista de simplesmente encaminhar seus munícipes para atendimento em outras localidades.

Assim, as duas normas operacionais subsequentes, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) de 2001 e de 2002, enfatizaram as questões relacionadas à melhoria das condições de acesso aos serviços assistenciais, pela implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso. Mantiveram, contudo, os mecanismos de alocação de recursos, mas mudaram os critérios para habilitação dos municípios, vinculando-os à estruturação das microrregiões de saúde em que estivessem inseridos. Como afirma Biasoto (2003) "(...) a grande inovação trazida pela Noas foi a exigência da montagem de um Plano de Desenvolvimento Regional. Este plano tem como elemento de coordenação o gestor estadual, sendo obrigatória a colaboração e pactuação de todos os gestores municipais." Para Teixeira (2003), "(...) a Noas induziria uma certa 'solidariedade forçada' entre os municípios interrelacionados na assistência, de forma a minimizar os conflitos distributivos e a reduzir as barreiras de acesso de pacientes".

Embora semelhante à Noas/2001, a Noas/2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade, além de atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios. Como no caso das normas que as antecederam, muitas das





determinações das Noas não foram implantadas, mas a maioria dos conceitos e instrumentos propostos nestas para organização do sistema de saúde vem sendo consolidada por meio de outros instrumentos e iniciativas.

A partir de 2004, houve um consenso entre os gestores das três esferas de governo de que a fórmula de indução de mudanças, via normas operacionais, estava esgotada. Foi assim concebido um novo modelo de pactuação entre as instâncias, em que fossem respeitadas as diferenças regionais e o controle e a avaliação realizados com base em resultados.

Nesse espaço, foi construído, em 2006, o Pacto pela Saúde, que engloba três pactos: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão<sup>105</sup>. Por meio do Pacto pela Saúde introduziram-se novas mudanças na gestão do SUS, entre as quais se destacam: a substituição do processo de habilitação às condições de gestão pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e a integração em cinco grandes grupos das várias formas de repasse dos recursos federais.

Esse mecanismo tem a virtude de superar as tendências das normas operacionais de estabelecer regras nacionais em detrimento de arranjos diferenciados segundo as especificidades loco-regionais. Mas, também, torna mais demorados e complexos os processos de negociação entre a esfera federal e as instâncias subnacionais.

Os problemas de gestão, no âmbito das relações entre as três instâncias de governo, são reforçados por problemas de gerência no âmbito das unidades de prestação de serviços. Administrar de forma eficiente estabelecimentos de saúde, particularmente os hospitais, tem sido um desafio para os gestores do SUS das três esferas de governo, desde muitos anos. A falta de autonomia gerencial e orçamentária na administração pública direta é colocada como um dos principais problemas enfrentados pelos diretores de tais unidades (COSTA; RIBEIRO, 2004; Banco Mundial, 2007).

---

<sup>105</sup> Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, regulamentados pela Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006.



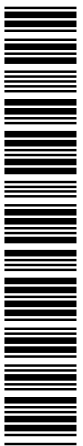
Outros problemas, extensivos também à administração indireta, são a falta de profissionalização dos quadros dirigentes e a preponderância de critérios políticos nas nomeações para os cargos de direção. Na tentativa de superar estes problemas, principalmente a falta de autonomia gerencial, foram sendo criadas diferentes modalidades de administração pública indireta. As mais antigas são as autarquias, entes que desfrutam de autonomias patrimonial, financeira, orçamentária e imunidade tributária. Aumentar a eficiência do setor público também motivou a diversificação de modelos institucionais que tiveram início nos anos 1960, consolidaram-se em 1967 com a Reforma Administrativa (Decreto-Lei no 200) e expandiram-se nos anos seguintes. Como resultado, convivem hoje, somente no âmbito do MS, paralelamente à rede de unidades da administração direta, modelos como os de sociedades de economia mista – e.g. o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre; as fundações – e.g. a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); e as autarquias em regime especial, como as agências reguladoras – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e os serviços sociais autônomos – e.g. a Rede Sarah. Recorde-se, também, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre, uma empresa pública vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Recentemente, mais duas modalidades institucionais passaram a integrar o rol de modalidades: a organização social (OS) e a fundação estatal. Existem nas duas últimas modalidades diversos pontos comuns, mas um dos mais significativos talvez seja a importância que tem o contrato de gestão, para melhor utilização da modalidade. A relação que se estabelece por meio deste instrumento entre o gestor do SUS, secretaria de saúde ou o MS, e o provedor de serviços, a OS ou a fundação estatal, envolve, para ambas as partes, riscos nem sempre completamente mensuráveis em um primeiro momento. Para o bom desempenho do contrato é importante a disponibilidade de instrumentos de controle e avaliação da qualidade de serviços e informações sobre custos. Ou seja, novos modelos institucionais que conferem maior flexibilidade à gestão não são, por si só, a panaceia para todos os problemas que envolvem a prestação de serviços de saúde com financiamento público. Concomitantemente, é necessário



desenvolver maior capacitação no acompanhamento e na avaliação dos contratos, enfim, em todas as etapas que envolvem uma compra bem informada de serviços.

Por fim, importa lembrar que se discute no Congresso a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), inicialmente buscada via medida provisória (MP nº 520, de 2010), que perdeu vigência por decurso de prazo, reintroduzida por meio de Projeto de Lei com urgência constitucional, recentemente aprovado na Câmara dos Deputados.



277F6C0F34

## D) Financiamento do SUS

É comum a percepção de que os constituintes não previram as fontes dos recursos para implantar as políticas sociais, mas no caso da saúde, ainda que não tenha sido possível solução duradoura, o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias estabeleceu que um mínimo de 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Segundo Carvalho (2008),<sup>106</sup> desde 1989, essas leis mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para a saúde, mas em 1994 este dispositivo foi vetado.

A implantação do SUS ocorreu a partir da elaboração das Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Contudo, os vetos presidenciais aos artigos que abordavam os critérios de financiamento deixaram o setor sem parâmetros estáveis para um planejamento de médio e longo prazo. Posteriormente, as grandes definições focalizaram a descentralização da gestão do setor e ocorreram por meio de Normas Operacionais Básicas (NOBs), apresentadas por meio de portarias do Executivo (que a rigor não poderiam criar novas obrigações para outros entes federados, que contrariassem o que está previsto em lei).

A primeira das NOBs (1991) manteve a tradição dos “convênios” mas, gradualmente foram sendo adotados mecanismos de repasses de recursos para a gestão mais autônoma de Estados e Municípios (1993, 1996), por meios de condicionalidades (não previstas explicitamente em lei) e critérios de capacidade pactuados entre gestores das três esferas de governo e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. A partir de 2001, maior ênfase foi direcionada à regionalização e hierarquização dos serviços e, mais recentemente, foram adotados pactos entre os gestores para obtenção de objetivos de impacto, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil.

Após várias crises de financiamento das ações e serviços de saúde na década de 1990, alguns remediados com soluções temporárias, como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) em 1996.

---

<sup>106</sup> CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88, Tempus - Actas de Saúde Coletiva, v.2 n.1, p.39-51, jul./dez., 2008.



A legislação relacionada à CPMF<sup>107</sup> terminou por promover a elevação dos recursos disponíveis à União, sem uma preocupação efetiva em ampliar o financiamento da saúde. Na prática, apesar de a saúde ter sido utilizada como justificativa para a criação e manutenção dessa contribuição, a situação de insuficiência permaneceu inalterada. Segundo Carvalho (2008), a CPMF “já chegava à saúde mordida em 20%” pela desvinculação das receitas da União (DRU), o que foi complementado pelo decréscimo de outras fontes (principalmente a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social – COFINS – e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSSL).

Uma das mais destacadas proposições visando solucionar a questão do subfinanciamento do SUS foi a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, de autoria dos deputados Waldir Pires (PSDB/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP), apresentada em julho de 1993 e que pretendia uma garantia de aplicação na saúde pela União de no mínimo 30% dos recursos da seguridade social provenientes das contribuições sociais e de 10% da receita resultante dos impostos. Para os Estados e Municípios, o mínimo seria de 10% da receita dos impostos. Após prolongada tramitação no Congresso o impasse foi quebrado pela adoção de critérios menos ambiciosos, do ponto de vista da União, que praticamente mantiveram a participação do nível federal, mas que ampliaram a os demais.

De todo modo, a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, finalmente estabeleceu previsões mais estáveis para o financiamento da saúde, por meio de alterações nos arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da inclusão do art. 77 no ato das disposições constitucionais transitórias, tornando mais específicas as obrigações relacionadas ao financiamento da saúde. Em 2000, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde pela União deveria ser equivalente ao “montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”.

De 2001 a 2004, deveriam ser aplicados “o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB”. No caso dos Estados e do Distrito Federal, deveriam ser aplicados “um mínimo de doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155

---

<sup>107</sup> A instituição da CPMF ocorreu por meio da Lei ordinária nº 9311, de 24 de outubro de 1996. Essa matéria foi alterada por mais oito leis e três medidas provisórias (até 2007) e, principalmente, por mais duas Emendas Constitucionais.



e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios”.

No caso dos Municípios e do Distrito Federal, o mínimo a ser aplicado seria de “quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º”.

Foi admitido que Estados, Distrito Federal e Municípios que não aplicassem os percentuais indicados elevassem a aplicação gradualmente “até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano”. Entretanto, a partir de 2000, a aplicação seria “de pelo menos sete por cento”. Dos recursos da União apurados nos termos do artigo 75, “quinze por cento, no mínimo”, seriam aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

A Emenda 29 estabeleceu que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade seriam aplicados por meio de Fundo de Saúde a ser acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal (referente aos sistemas de controle). Também foi indicado que na ausência de lei complementar, prevista no art 198, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-ia à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios os parâmetros já mencionados (dispostos no art. 77 das disposições transitórias). Não há qualquer tipo de responsabilização no caso da não-regulamentação.

Essa Emenda acrescentou novas situações de intervenção nos Estados, Distrito Federal e Municípios, no caso da não aplicação do mínimo exigido da receita nas ações e serviços públicos de saúde” (art. 34, e; art. 35, III) e também alterou o art. 167 da Constituição, que veda vinculação de receitas de impostos a órgãos específicos, para permitir a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde (inciso IV).

O dispositivo inserido pela Emenda nº 29, de 2000, indicando a necessidade de revisão dos critérios de financiamento por meio de lei complementar a cada cinco anos garantiu que o tema voltaria ao debate; contudo, mais evidências se acumularam indicando resistências da União em promover um aumento de sua participação relativa no financiamento da saúde. Caso a lei



277F6C0F34

complementar não fosse sancionada, permaneceriam os critérios já existentes. Trata-se da situação atual, pois há novo impasse para a aprovação da lei complementar. O foco do impasse atual é nos critérios de financiamento pela União (não há muita variação nas propostas para os critérios dos demais entes federados) e reproduz as tensões existentes desde a Constituinte.

As tentativas de regulamentação iniciaram já em 2001. O PLP 201/2001, de autoria do deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA), que relatou a Emenda 29, previa como critério para a União a partir de 2005, o percentual de 11,5%, calculados sobre o total de receitas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Na justificação, apresentou dados indicando que obteve esse percentual com base no valor empenhado no ano de 2000 para as ações e serviços de saúde, acrescido de 5% em relação ao total da arrecadação de impostos e contribuintes, descontadas as transferências constitucionais para Estados e Municípios. Os critérios para estados e municípios seriam mantidos. O parlamentar mencionou a necessidade de regulamentação da Emenda 29, para que também ficassem claros os gastos admissíveis como da saúde. A proposição foi arquivada ao final da Legislatura sem ter recebido um único parecer de comissão.

Com a nova Legislatura e alternância de poder no Executivo, em 18 de fevereiro de 2003, o deputado Roberto Gouveia (PT/SP) apresentou o primeiro projeto de lei complementar da Legislatura, o PLP 01/2003, com absolutamente o mesmo teor e critérios do PLP 201/2001, que havia sido arquivado, como citado na justificação do novo projeto.

Na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), o deputado Guilherme Menezes (PT/BA) foi nomeado relator e após amplas consultas apresentou seu relatório. No que concerne a União, a proposta foi de destinar para ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 10% de suas receitas correntes, tomadas como base de cálculo, o que, segundo o relator, “representa um avanço concreto e realista em relação ao montante atualmente destinado.” O relator considerou que o substitutivo apresentado avançou na delimitação do campo a que correspondem as ações e serviços públicos de saúde, “para por fim às controvérsias que a ausência de tal definição tem gerado e que causam problemas para os gestores quando da aplicação dos recursos.”

Na CSSF, comissão permanente que tem competência regimental para debater a política de saúde e composta por muitos profissionais



da saúde e sanitaristas históricos, a proposição não tramitou com facilidade, mas foi aprovada em agosto de 2004. O projeto seguiu, então, para a apreciação das demais comissões: a Comissão de Finanças e Tributação (CFT) e a Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (CCJC). Essas comissões também aprovaram o projeto, contudo a discussão no plenário da Câmara foi iniciada apenas em abril de 2006 e não progrediu.

A Legislatura findou, mas a matéria não foi arquivada, pois tinha recebido todos os pareceres das comissões de mérito. Oito requerimentos solicitando inclusão na pauta do plenário foram apresentados durante 2007. O deputado Acélio Casagrande (PMDB/SC) requereu urgência em 9 de maio, o que só foi aprovado em 16 de outubro de 2007. A partir daí foi retomada a discussão no Plenário. Sucederam-se requerimentos solicitando a apreciação da matéria.

Em 31 de outubro foram lidos os pareceres sobre as emendas de plenário. Coube novamente ao deputado Guilherme Menezes relatar sobre as 14 emendas apresentadas, rejeitou cinco delas e apresentou um Substitutivo de Plenário. O deputado Luiz Carlos Haully (PSDB/PR), representando a CFT, recomendou aprovação das 14 emendas. O deputado Maurício Rands (PT/PE) foi designado como relator pela CCJC e recomendou a aprovação das emendas e do substitutivo de plenário.

O deputado Ronaldo Caiado (DEM/GO), na qualidade de Líder do DEM, solicitou destaque para votação do substitutivo da CSSF em preferência à subemenda substitutiva oferecida em plenário pelo próprio relator da CSSF. O destaque foi rejeitado pelo plenário. A oposição tentava preservar o substitutivo original da CSSF, que previa aplicação pela União de 10% da receita corrente bruta, pois o substitutivo de plenário alterou esse critério para o montante correspondente ao empenhado no ano anterior acrescido da variação Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores. Até aqui, semelhante ao que já previa a Emenda 29. Como adicional, foi previsto que nos exercícios de 2008, 2009, 2010 e 2011, seriam destinadas proporções não incorporáveis referentes à receita da CPMF.

Enfim, foi aprovado o substitutivo do plenário, com as modificações desejadas pela coalizão de governo (291 votos a favor – 56,7% do total de deputados, superando a maioria absoluta de 257 votos requeridos -, 111 contrários, uma abstenção, num total de 403) nessa mesma data.





Observe-se que foi aprovado pela Câmara um projeto que previa recursos da CPMF, que estava para ser extinta em dois meses e cuja proposta de prorrogação, que tramitava na via constitucional, foi efetivamente derrubada no Senado ainda no mês de novembro de 2007. Assim, a tramitação do PLP 01/2003 no Senado (sob a denominação de PLC 89/2007) quase que perdeu o sentido.

Em 17 de setembro de 2008 foi aprovado requerimento para que esse projeto e o Projeto de Lei do Senado nº 156, de 2007, tramitassem conjuntamente. Este, de autoria do Senador Marconi Perillo (PSDB/GO), preserva o teor do PLP 01/2003 e prevê aplicação em saúde pela União de 18% de sua receita corrente líquida (o que segundo o autor corresponderia a 10% da receita corrente bruta, mas que seria de mais clara aplicação).

A matéria foi para a CCJ do Senado em 31 de julho de 2009 e a Senadora Lúcia Vânia (PSDB/GO) apresentou parecer pela prejudicialidade dos dois projetos. Contudo, revisou o parecer em 25 de março de 2010, recomendando a rejeição do PLC 89/2007 e a aprovação do PLS 156/2007. Esse parecer foi aprovado em 7 de julho de 2010 pela CCJ. A matéria seguiu, então, para a Comissão de Assuntos Econômicos, que até a presente data ainda não designou um relator.

A estagnação no Senado dessa proposta que se iniciou na Câmara não indica que o debate arrefeceu, pelo contrário, o foco foi desviado para outra proposição, o PLS 121 apresentado no Senado em 20 de março de 2007 (início da Legislatura, coincidindo com o período em que a discussão do PLP 01/2003 não progredia no plenário da Câmara), de autoria do Senador Tião Viana (PT/AC). Esse projeto previa o critério de 10% da receita corrente bruta da União, como no substitutivo original da CSSF.

O PLS 121/2007 foi à CCJ e só em 22 de agosto de 2007 foi distribuído ao Senador Antonio Carlos Valadares (PSB/SE), que rapidamente (em 9 de setembro) apresentou relatório favorável, aprovado no mesmo dia. A matéria foi à CAE, recebeu quase 50 emendas e a relatora, Senadora Patrícia Saboya (PDT/CE), propôs a aprovação do projeto e de várias das emendas. A CAE aprovou o PLS em 2 de outubro de 2007 e a matéria seguiu para a Comissão de Assuntos Sociais (CAS). Esta aprovou a matéria com algumas emendas do relator, Senador Augusto Botelho (PT/RR), em 24 de outubro de



2007. O projeto foi ao plenário, recebeu 16 emendas e retornou às comissões para avaliação.

Em 9 de abril de 2008 a CAS solicitou urgência, aprovada no mesmo dia. Os pareceres dos relatores em geral rejeitaram as emendas de plenário. Diante da inviabilidade da tentativa de modificar o critério de 10% da receita corrente bruta, os líderes da coalizão liberaram o voto da base do governo e o projeto foi aprovado por unanimidade. Um dos senadores fez questão de anunciar que seu voto contrário (o único) foi devido a engano e solicitou retificação. Seguiram-se discursos emocionados dos senadores, indicando que sentiam-se orgulhosos em atuar na defesa da política de saúde, pois raramente tinham oportunidade de realizar atividade com tal relevância. Muitos consideraram aquele um dia histórico para o Senado. Carvalho, (2008) descreveu a percepção desses acontecimentos no Senado como “surpresa” e “alegria geral.”

A matéria seguiu para a Câmara (sob a denominação de PLP 306/2008 – o pivô do impasse atual) onde a coalizão reconsiderou as estratégias para reverter a situação, num ambiente em que já demonstrara possuir uma base mais coesa.

Em 13 de maio de 2008 o PLP 306/2008 foi despachado para apreciação do mérito pela CFT, CSSF e da constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa pela CCJC. No dia seguinte, os líderes partidários conseguiram aprovar requerimento de urgência, de modo que a matéria permaneceu no plenário. Em 21 de maio a CSSF aprovou o relatório favorável do deputado Rafael Guerra (PSDB/MG), uma das lideranças da Frente Parlamentar da Saúde.

Em 4 de junho de 2008, o relator da CFT, deputado Pepe Vargas (PT/RS), apresentou parecer favorável na forma de um substitutivo que modificou os critérios de financiamento de responsabilidade da União. O critério de 10% da receita corrente bruta foi eliminado, retornando a uma solução semelhante ao que havia prevalecido no caso do PLP 01/2003, ou seja, o critério da variação do PIB e mais um adicional, só que, dessa vez, incorporável. Naquela ocasião, o adicional viria da CPMF, mas com sua extinção foi proposto a criação de uma Contribuição Social para a Saúde (CSS), com alíquota de 0,1% e de caráter permanente.



O relator mencionou que a proposta considerava “a responsabilidade política da Câmara dos Deputados com a área da saúde” e que os “líderes das bancadas do PT, PMDB, PSB, PDT, PC do B, PR, PTB e PP, optaram por elaborar este Substitutivo a fim de adequar a matéria, do ponto de vista orçamentário e financeiro.” O relator também informou que incorporou alguns dispositivos do PLP 01/2003, de modo a aproveitar “as melhores contribuições dos dois projetos.” Estimou que esses critérios elevariam a aplicação pela União em 11,8 bilhões em 2009.

Na mesma data, o relator da CCJC, deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ) foi favorável à proposição e ao substitutivo da CFT. A oposição apresentou vários requerimentos tentando adiar a discussão. O relator da CSSF conseguiu prazo para apreciação das emendas de plenário. A votação da matéria deveria ocorrer em 10 de junho, contudo os vários requerimentos, questões de ordem e verificações de votação foram adiando, para os dias, 11, 17, e 18 de junho. Nesta data, a primeira votação foi sobre os critérios da União (art. 5º do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do DEM) e o mesmo foi aprovado (incluindo a CSS), como desejado pela coalizão (291 votos favoráveis, 84 contrários, nenhuma abstenção, num total de 375).

Na votação do § 4º do art. 5º do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do PSDB (abordando a exclusão da CSS e do Fundo de Erradicação da Pobreza do cálculo da receita corrente) foi mantido o parágrafo, como desejado pela coalizão (291 votos favoráveis; 44 contrários; uma abstenção, num total de 336).

Na votação do art. 2º do PLP 306/08 em substituição ao art. 5º do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do PPS – nova tentativa de resgatar o critério de 10% - o destaque da oposição foi rejeitado por 262 parlamentares (muito próximo do mínimo exigido de 257 votos) e apoiado por 107, com duas abstenções. O último destaque a ser votado seria o do artigo 16 do substitutivo da CFT, objeto do destaque para votação em separado da bancada do DEM – com o objetivo de eliminar a base de cálculo para CSS, tornando a contribuição sem efeito. Ocorreu obstrução e a sessão foi adiada sucessivamente para 24 de junho, depois para 1, 2, 8, 9, 15, e 16 de julho, cessando, a partir daí, qualquer tramitação, observando-se apenas requerimentos de inclusão da matéria na pauta.



Ficou caracterizado o impasse. Além das discordâncias sobre o mérito da proposta adicionaram-se a crise econômica mundial e as eleições presidenciais como fatores que retardaram uma definição sobre o tema. Carvalho (2008) também destacou as ameaças de veto do presidente divulgadas pela mídia, caso o Congresso aprovasse projeto de aumento de recursos para a saúde, sem indicação de “nova fonte.”

#### EFEITOS DA EMENDA 29

Entre os avanços da Emenda 29, Carvalho (2008) destacou: a possibilidade de fixar recursos constitucionalmente para a saúde, a definição de critérios para tanto; a constitucionalização do fundo de saúde em cada esfera de governo e das atribuições do conselho de saúde para acompanhar e fiscalizar o fundo de saúde; a definição de sanções para o descumprimento da Emenda e auto-aplicabilidade da norma. Como derrotas contabilizou: os quantitativos definidos (melhores, mas ainda insuficientes) e a redução da participação relativa dos recursos da União, com elevação para Municípios e Estados. Simulações sobre a evolução do financiamento indicaram que a proposta do governo teria reduzido em mais de 50%, os valores a serem aplicados em saúde pela União, em comparação ao pretendido pela PEC 169/1993 (CARVALHO, 2008).

Com relação à regulamentação da Emenda 29 por lei complementar, enquanto persiste o impasse legislativo, a situação de subfinanciamento do SUS igualmente persiste. Em países com sistemas universais de saúde o gasto público corresponde, em média, a 6,5% do PIB ou 70% do gasto total em saúde - público e privado; mas no Brasil, o gasto do SUS é inferior a 3,7% do PIB, menos de 45% do total, que é de 8,4% do PIB (PIOLA, 2010).<sup>108</sup>

Os gastos do SUS aumentaram após a Emenda no 29, passaram de 2,9% do PIB em 2000 para 3,7% em 2008 e o gasto per capita no mesmo período passou de 360 para 606 Reais – já considerando a inflação; mas o esforço de Estados e Municípios foi maior: em 2000 participavam com 40,2% do gasto e em 2008, com 54,1% (PIOLA, 2010). A queda na participação relativa da União no financiamento da saúde, pela estabilização de seu nível de gastos em

<sup>108</sup> PIOLA, S F. Apresentação no Orçamento público e financiamento à saúde do seminário: Caminhos para o Financiamento e o Acesso à Saúde. Valor Online. São Paulo, 7 de junho de 2010.

Disponível em: [http://www.valoronline.com.br/sites/default/files/valor\\_piola\\_junho.pdf](http://www.valoronline.com.br/sites/default/files/valor_piola_junho.pdf). Acesso em 05 abr. 2011.



relação ao Produto Interno Bruto (PIB), fica clara no gráfico 29, elaborado por Mendes e Marques (2009)<sup>109</sup>; o qual também mostra que esse gasto permaneceu bem inferior ao relacionado com juros entre 1995 e 2008.

Os gastos federais em saúde cresceram menos que as receitas correntes federais. Entre 2000 e 2008 representaram uma média de 8,4% da receita corrente bruta; mas entre 2002 e 2009 a média foi ainda mais reduzida: 7,1% (PIOLA, 2010). Vale destacar que em 1995 o gasto federal correspondeu a **9,6% da receita corrente bruta**, muito próximo ao critério que é objeto de tanta disputa atualmente.

Segundo Carvalho (2008), estimativas de 2007 mostram que a União foi responsável por 47% do gasto, os Estados, 26% e os Municípios, 27%; contudo, a União administra 60% da arrecadação pública, os Estados, 24% e os Municípios, 16%.

Piola (2010) destacou que a não regulamentação da Emenda 29 está provocando perdas para o SUS, não apenas pela questão da menor contribuição relativa da União. Caso todos os Estados cumprissem os limites mínimos com gastos em serviços de saúde seriam adicionados, no mínimo, dois bilhões de Reais ao ano, indicando a necessidade de esclarecer quais são os gastos a serem aceitos como de saúde.

Segundo Jorge (2010), apenas 43 (0,8%) de 5562 municípios brasileiros não aplicaram recursos em saúde em 2008, conforme critérios da resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (que especificou, as ações que seriam aceitas, contudo sem poder legal para impor as definições aos entes federados). As perdas pela não aplicação por parte dos municípios entre 2004 e 2008 chegou a quase 130 milhões de Reais.

Por meio de levantamento de dados no sítio da Internet do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS (GOMES, 2007),<sup>110</sup> verificou-se que em 2005, 93,5% dos municípios aplicaram 15% ou mais de suas receitas em ações e serviços de saúde, cumprindo a Emenda nº 29, de 2000 e também que: 32% aplicaram 20% ou mais; 8,2% aplicaram 25% ou mais;

<sup>109</sup> MENDES, A N; MARQUES, R M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro In: CD Rom do XII Encontro de Pesquisadores da PUCSP na área da Saúde, São Paulo, 2009.

<sup>110</sup> GOMES, F B C. Estudo Técnico sobre a Emenda Constitucional 29/00. Brasília, Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2007 (mimeo).



e 2,4% chegaram a aplicar 30% ou mais de suas receitas em ações e serviços de saúde. A média de aplicação em 2005 foi de 18,9%.

É preciso destacar que esses são os dados informados pelos municípios. No caso dos Estados, o Ministério da Saúde tem promovido análises mais detalhadas dos dados enviados e tem encontrado diferenças significativas. Por exemplo, em 2008 apenas quatro Estados não teriam aplicado o percentual mínimo, segundo suas próprias informações, gerando perda de 1,2 bilhão de Reais naquele ano (Jorge, 2010). Mas os dados revisados indicaram que 14 estados não cumpriram a Emenda 29 naquele ano (na visão da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde), gerando perda de 3,1 bilhões de Reais - a perda acumulada entre 2004 e 2008 seria de 16 bilhões de Reais (Jorge, 2010).

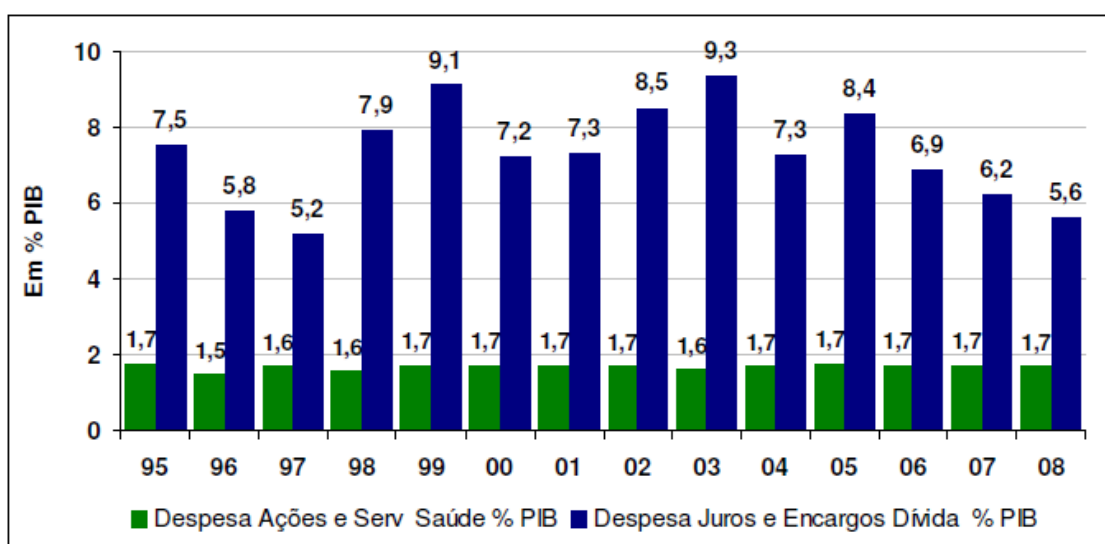


Gráfico 29 - Evolução das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros.

Fonte: Cofin/CNS; Banco Central do Brasil. Elaborado por Mendes e Marques (2009).

Também no nível federal existiria descumprimento da Emenda 29 por meio de: “gastos com a saúde privada dos servidores; restos a pagar não pagos e sem lastro, programa farmácia popular” (em que o governo federal investe recursos públicos fora do SUS); “bolsa família, etc.” (CARVALHO, 2008). Esse aparente maior esforço realizado pelos municípios para cumprir as



277F6C0F34

determinações da Emenda 29 também tem se acompanhado de maior visibilidade das demandas por uma solução para o subfinanciamento do SUS, como observado em atividades promovidas pela Confederação Nacional dos Municípios.

São apresentados quatro indicadores sobre financiamento da saúde divulgados pelo Observatório Global da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011, para um conjunto de 192 países (praticamente todos os existentes) a respeito dos gastos do ano de 2009.

No indicador de gasto anual com saúde por habitante (em dólar internacional), o Brasil ocupa a 63<sup>o</sup> posição, situando-se no grupo de 33% de países que apresentam os maiores gastos.

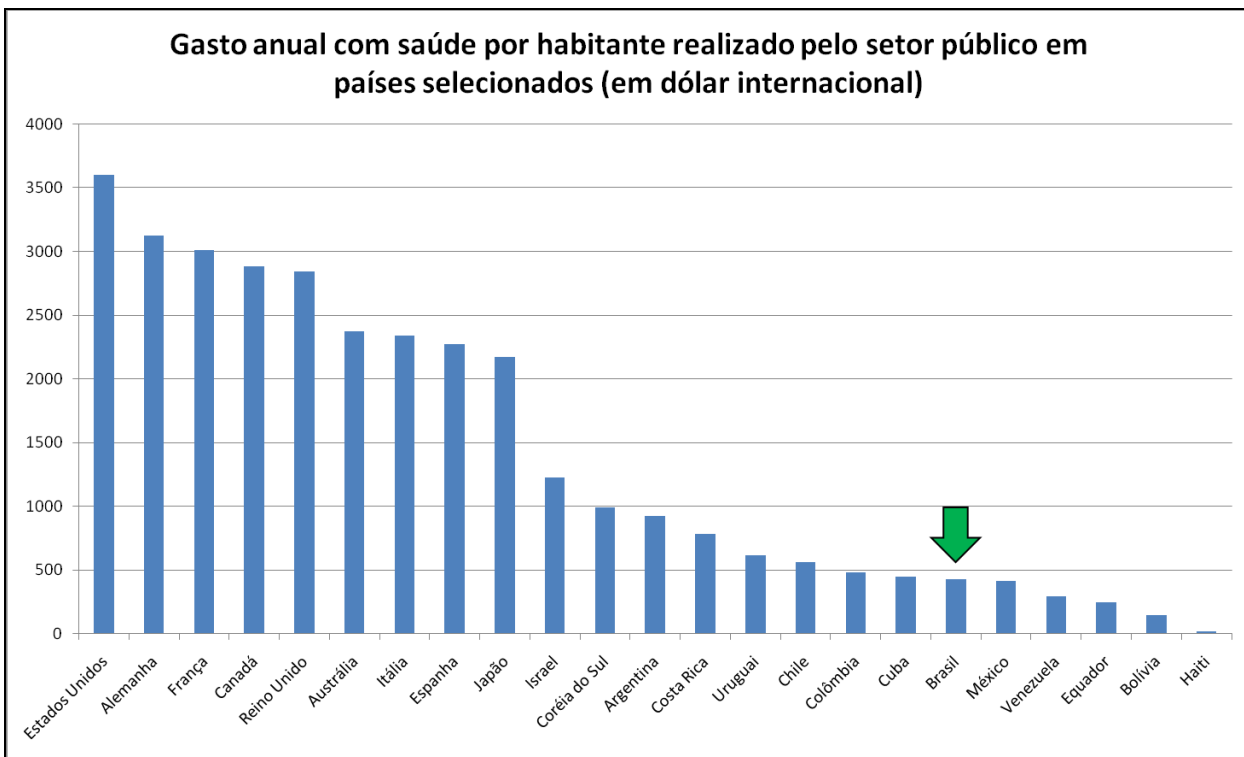
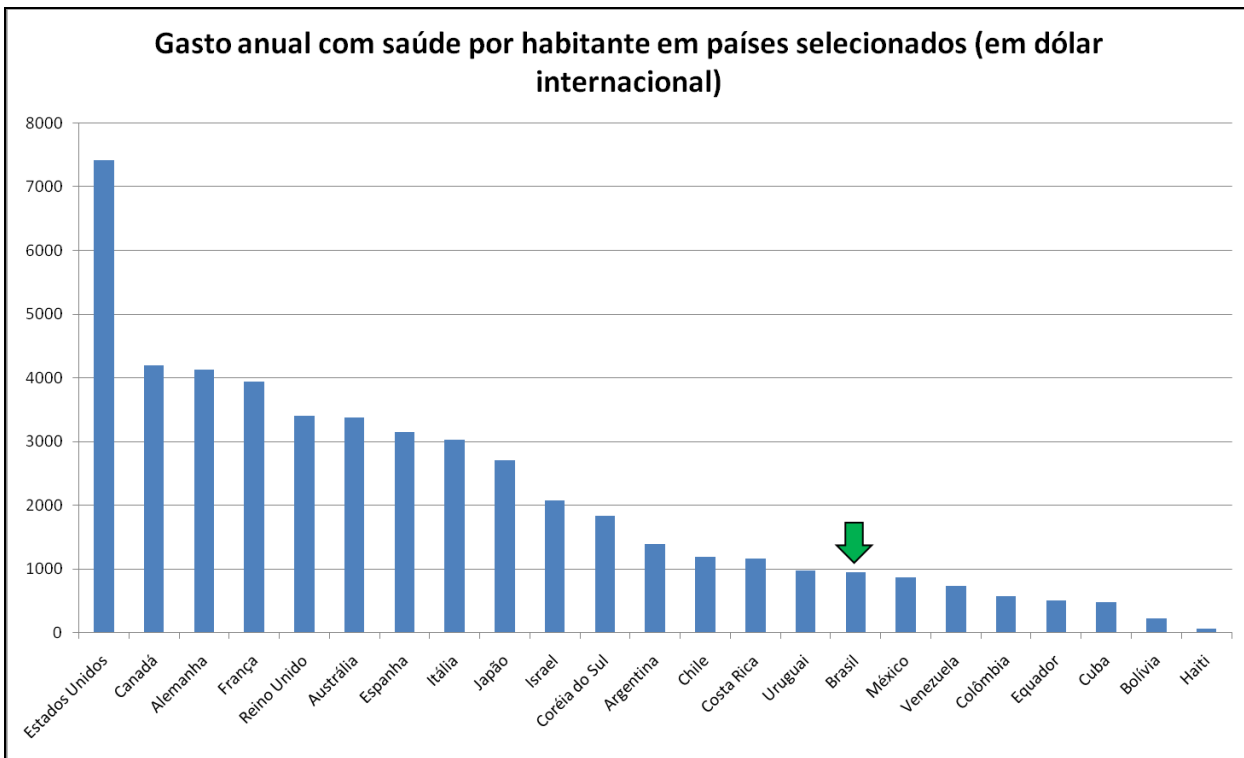
No indicador de gasto anual com saúde por habitante (em dólar internacional) realizado pelo setor público, o Brasil ocupa a 77<sup>o</sup> posição, situando-se no grupo de 40% de países que apresentam os maiores gastos.

No indicador de gasto anual com saúde, como proporção do Produto Interno Bruto - PIB -, o Brasil ocupa a 44<sup>o</sup> posição, situando-se no grupo de 23% de países que apresentam os maiores gastos.

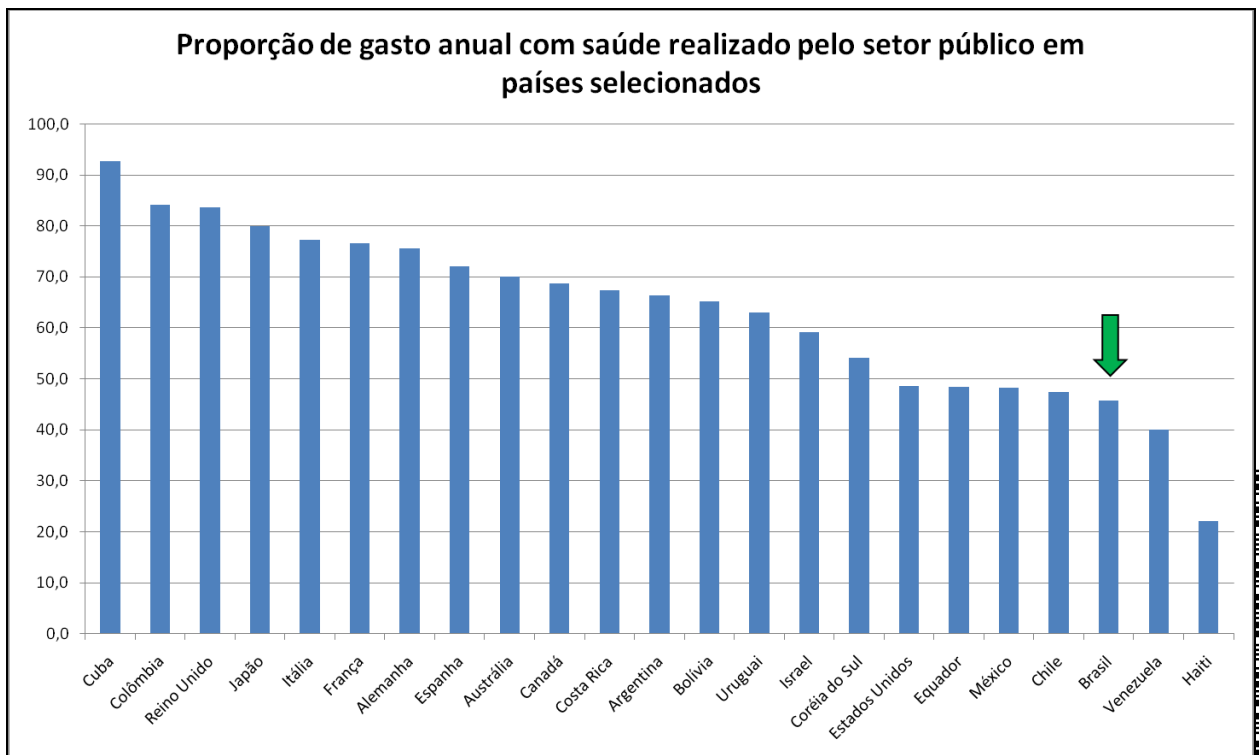
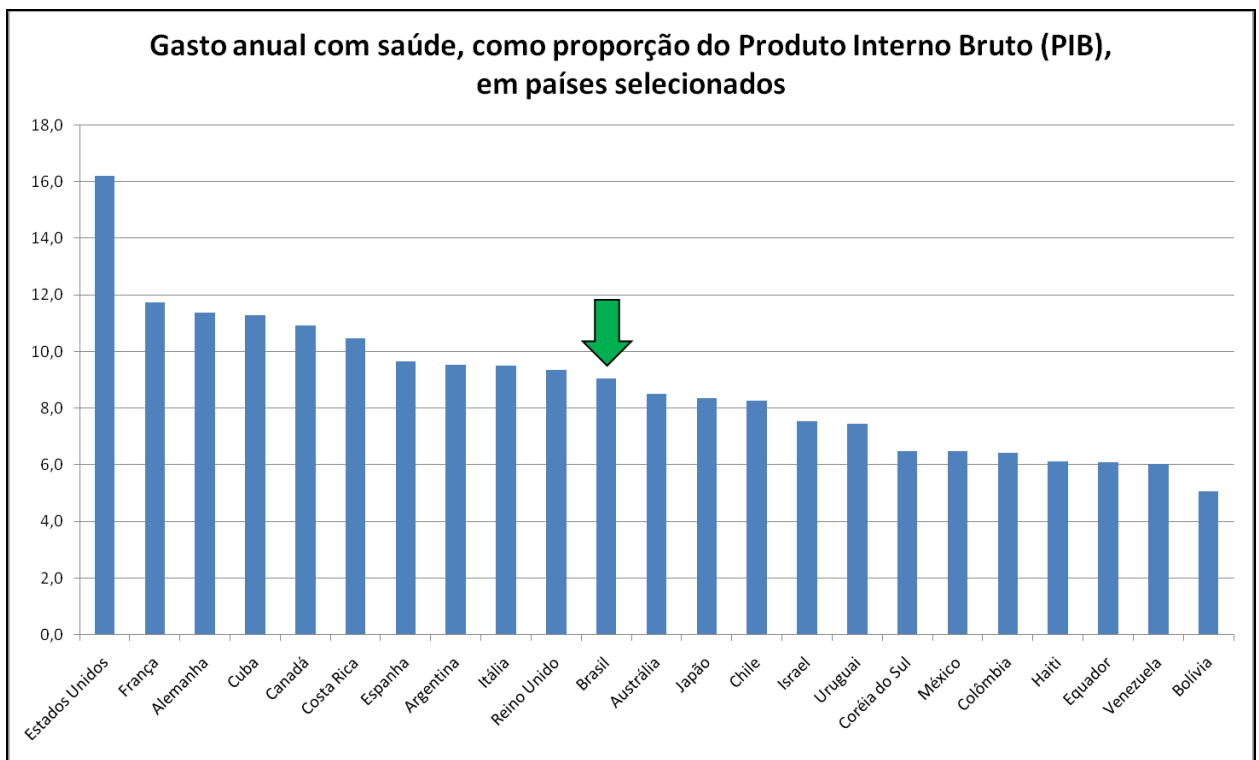
No indicador de proporção de gasto anual com saúde realizado pelo setor público, o Brasil ocupa a 143<sup>o</sup> posição, situando-se no grupo de 25% de países cujo setor público menos gastam com saúde, em relação ao setor privado.

Os quatro gráficos a seguir demonstram a situação do Brasil em relação a esses quatro indicadores num conjunto de 23 países (com variados níveis de desenvolvimento sócio-econômico em relação ao Brasil).









277F6C0F34

Além da reduzida participação da União no financiamento do SUS, algumas alterações constitucionais interferiram na destinação dos recursos originalmente coletados para atender à seguridade social. Desde 1994, a ampliação de recursos para o nível federal, tem ocorrido por meio da criação de fundos e da desvinculação das receitas da União, que seriam destinadas à seguridade social. As alterações visaram artigos do Ato das Disposições Transitórias, sucessivamente prorrogadas.

Assim, ainda que o SUS tenha conseguido manter seus conceitos no plano legal e tenha obtido algum sucesso no controle social da política de saúde, na prática, a limitação nos gastos desde a década de 1990, tem dificultado uma adequada descentralização das ações e serviços de saúde. A implementação incompleta do SUS, devido a seu inadequado financiamento, afeta a qualidade do serviço oferecido à população e abala sua credibilidade. Isso pode ser percebido como falha na concepção do sistema, ao invés de falha em sua implementação. A crise de confiança no sistema, por sua vez, pode dificultar a obtenção de apoio necessário para aprovação no Congresso Nacional de medidas para reverter o subfinanciamento.

Ao lado de casos de sucesso do SUS em programas específicos, que são mais adequadamente financiados, como o de transplante de órgãos e o de controle da Aids, alguns serviços menos complexos são inadequadamente financiados e têm cobertura e qualidade insuficientes.

As dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde por meio do SUS foram explicitadas durante audiência pública na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados em 2007, para debater questões relativas ao financiamento da saúde. Dados apresentados pelo Ministério da Saúde indicaram defasagens na tabela de remuneração do SUS e estimaram que havia 13 milhões de hipertensos que não estavam sendo tratados e acompanhados adequadamente e 4,5 milhões de diabéticos na mesma situação. Também foi destacado que: 25% da população portadora de doenças negligenciadas, como tuberculose, malária, hanseníase, entre outras, não teriam acesso regular ao sistema de saúde; 47% das gestantes não cumpririam o mínimo de sete consultas de pré-natal e 90 mil brasileiros com diagnóstico de câncer estabelecido fariam cirurgia e quimioterapia, mas não teriam acesso à radioterapia pela insuficiência de capacidade instalada. Além disso, é preciso



considerar que o acesso da população brasileira aos serviços do SUS não se dá de modo uniforme, pois há desigualdades regionais.

A desigualdade na qualidade de ações e serviços públicos de saúde de baixa e média complexidade produz um contexto de iniquidade e de ineficiência em que a parcela mais pobre da população sofre restrição de acesso a serviços de qualidade (com relação à oportunidade e resolutividade do atendimento) para prevenir e reduzir a incidência de doenças que terminam por demandar tratamentos mais caros e complexos. É o caso do deficiente acesso ao tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, que pode prejudicar a prevenção de complicações renais, cardiovasculares e oculares e, conseqüentemente, aumentar a demanda potencial por transplante de rim, coração e córnea.

A ambiguidade do modelo de atenção pública à saúde efetivamente adotado no País e expresso nas prioridades de financiamento do sistema, na prática, combina universalidade (para os serviços de alta complexidade e os relacionados à vigilância epidemiológica e sanitária) e certa seletividade para a população mais pobre (para os serviços de saúde de baixa e média complexidade); alimentando uma estrutura de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, que se torna iníqua para os que dependem unicamente do sistema público de saúde. No exemplo sobre o transplante de órgãos, esse arranjo pode, até mesmo, contribuir para um aumento (evitável) na fila de transplante e de demanda por recursos.

Em resumo, o SUS foi concebido pelos constituintes como uma política de maioria (para todos os brasileiros), mas, em larga medida, implementado segundo uma lógica focalizada, em função da relativização e da limitação do direito constitucional à saúde, às custas do subfinanciamento de uma política que a Constituição Federal estabeleceu como universal.

O debate sobre o financiamento do SUS prossegue muito centrado em estatísticas econômicas que comparam: a) o gasto do setor público, enquanto parcela do PIB, ao de outros países e b) a parcela do orçamento federal destinada à saúde, segundo critérios variados. Muita polêmica tem sido adicionada à discussão sobre a necessidade de uma contribuição exclusiva para a saúde, sem que dados sobre a evolução recente das receitas fiscais e o efeito da extinção da CPMF tenham sido assimilados.



O próprio substitutivo da CFT ao PLP 306/2008 necessita de esclarecimentos que ainda não ganharam espaço. Por exemplo, a Nota Técnica nº 29/2010 do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento do Ministério da Saúde alerta para dispositivos presentes nesse substitutivo que poderão causar perdas adicionais. Por exemplo, a exclusão temporária dos recursos do Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) da base de cálculo para a aferição do percentual mínimo de recurso a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde produziria perda anual de quase 3 bilhões de Reais.

Em geral, não tem sido priorizado o debate sobre o montante que seria necessário para que o SUS seja adequadamente implementado (a discussão tem focalizado o politicamente possível), nem sobre o impacto dos diferentes critérios de financiamento sobre metas mensuráveis da política de saúde (mesmo que escalonadas no tempo), nem, tampouco sobre as atividades que seriam priorizadas com os novos recursos.

As perdas decorrentes da ineficiência na gestão e da corrupção não têm sido estimadas de modo mais abrangente. Finalmente, os usuários do sistema pouco tem sido envolvidos na discussão do mérito das propostas, prevalecendo uma abordagem extremamente técnica e complexa, inacessível a maior parte da população.

É preciso considerar que a situação de impasse é satisfatória para os que valorizam apenas a questão do equilíbrio fiscal, afinal são anos em que o volume de recursos aplicados na saúde foram menores que o necessário. Sua quebra é improvável na ausência de um maior envolvimento dos usuários e de mais setores organizados da sociedade. Quase diariamente há denúncias da população na mídia sobre os problemas de atenção à saúde no País, mas raramente as matérias associam os problemas à situação de subfinanciamento. Os usuários persistem fragmentados, sem capacidade de vocalização de propostas políticas concretas.

Em suma, o subfinanciamento do SUS persiste, com graves consequências para a grande parcela da população que depende exclusivamente dele. Há duas proposições viáveis sobre o tema: uma aguardando decisão no Senado - o PLS 156/2007 (que prevê para a União o critério de 18% da receita corrente líquida, similar ao montante de 10% da receita corrente bruta) - e outra, na Câmara (o PLP 306/2008 – com critério para a União modificado por



substitutivo de plenário para a variação do PIB mais a CSS). Caso qualquer delas seja aprovada, necessitará de revisão da outra Casa; no caso do PLS 156/2007, porque não havia tramitado na Câmara e no caso do PLP 306/2008, porque a Câmara modificou a proposta original do Senado (que prevê critério para a União de 10% da receita corrente bruta) e este pode acatar as alterações, ou não (nesse caso encaminharia a proposta original para a sanção presidencial).



277F6C0F34

### **E) Reunião sobre organização e funcionamento do SUS (19/05/11)**

No início da reunião os Deputados João Ananias, Rogério Carvalho e Célia Rocha realizaram comentários que orientaram a discussão do tema da reunião pelos convidados.

Iniciando as apresentações, Luís Carlos Bolzan (diretor do Departamento de Ouvidoria do Ministério da Saúde) destacou algumas das normas relevantes para a organização e funcionamento do SUS, como a Emenda nº 29, de 2000, que aborda o financiamento da saúde; a Lei nº 8.080, de 1990, com destaque para o art. 35 (também sobre financiamento).

Considerou, inicialmente, que não haveria necessidade de regulamentação para definir o que são ações e serviços de saúde. Entende que na Lei nº 8.080 já há essa definição (art. 6º). O art. 52 da mesma lei prevê punição ao desvio de recursos do SUS, ao mencionar o art. 315 do Código Penal.

Entende que a regulamentação da EC 29 pode aprimorar ainda um pouco mais a norma que dispõe sobre a necessidade de transparência e prestação de contas e acompanhamento e monitoramento da execução orçamentária. Esta sim, seria uma necessidade. Contudo, acrescentou durante a discussão uma preocupação relacionada à definição sobre o que são gastos com saúde. Os recursos do SUS “deveriam ir para a atividade finalista da saúde, mas muito são utilizados para atividades administrativas da estrutura organizacional de Secretaria e até de Prefeituras”. “Hoje, por exemplo, quase não existem funcionários de Secretarias, todos estão na Prefeitura e prestam serviço nas Secretarias. Então, há ali uma mistura, uma confusão da administração de recursos, e não há como afirmar se os recursos da saúde foram realmente aplicados em saúde”.

Também citou o Decreto Federal nº 1.651, de 1995, que dispõe sobre a necessidade de prestação de contas; e a Lei Federal nº 8.689, de 1993, cujo art. 12 trata da necessidade de que os gestores prestem contas trimestralmente. Enfim, destacou que dispositivos citados em normas podem ser aprimorados, no sentido de se garantir maior transparência e controle, por parte da própria gestão, independentemente da esfera em que ela esteja, e por parte dos órgãos que têm o papel de controlar, como os Legislativos, os Conselhos de Saúde, os Ministérios Públicos e outros.



Frisou que o financiamento da saúde é tripartite, como mencionado na Lei nº 8.142, de 1990, em seu art. 4º.

Salientou que a governança do SUS tem que ser revista drasticamente, pois o sistema não tem trabalhado de forma planejada. “Trabalhar com monitoramento e avaliação tem sido uma dificuldade.” Os relatórios de gestão “eram praticamente peças de ficção até o ano passado, quando o Ministério da Saúde lançou um instrumento chamado Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão — SARGSUS, que permite colocar em tempo real pela Web o relatório de gestão para esse acompanhamento”.

Mas o planejamento apenas não seria suficiente, é preciso monitorar resultados, analisar o ponto de partida, o ponto de chegada e como se chegou lá. “A gestão do SUS — antes da governança — não está hoje apta fazer isso.” A atual gestão do Ministério da Saúde tem se debruçado sobre esse problema.

Destacou que o art. 35 da Lei nº 8.080, que tem um inciso que fala em desempenho (com referência a planos de saúde das entidades federadas), não foi colocado em prática e não teria ainda sido regulamentado. Mencionou que uma regulamentação estava em elaboração.

Sobre a transferência de recursos, informou que de um orçamento de pouco mais de 75 bilhões de Reais, há dois terços (45 bilhões) de repasse fundo a fundo. “A diferença básica entre a modalidade fundo a fundo e a por meio de convênio é que aquela maximiza as potencialidades que tem a gestão; ela agiliza o processo de organização que a gestão ou a governança pode ter, diferentemente da modalidade de convênio, em que há dificuldades enormes, como sabem todos que já foram gestores — mas ainda é um instrumento pontualmente útil em algumas situações.”

Considera que é “difícil convencer da necessidade de mais dinheiro em função do que se tem feito com os recursos já existentes”. Também chamou à discussão que além da integralidade é preciso discutir a equidade. “Por exemplo, uma coisa é a cidade de Ribeirão Preto, que é 75% coberta pela Saúde Complementar, com uma prefeitura extremamente rica; outra coisa é lá no sertão do Ceará uma cidade que tem 5% coberta pela Saúde Complementar e uma Prefeitura pobre. Várias vezes damos tratamento linear às duas situações”.

A segunda apresentadora, Mônica Sampaio (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGE/MS), resgatou o histórico da



277F6C0F34

construção do SUS ao longo de 20 anos. Destacou que na década de 1990 houve hegemonização do debate da descentralização em relação à agenda da integralidade. Com o processo de descentralização do SUS, os Estados e os Municípios passaram a cuidar muito mais de transferir os seus serviços de saúde para os Municípios. Esse processo, de uma certa forma, não cuidou do tema da integralidade. O foco ficou mais na produção de serviços do que na construção das responsabilidades sanitárias do sistema de saúde.

Ocorreu quase que uma “desresponsabilização de alguns entes, tal qual, por exemplo, o que nós vimos ao longo desse processo, um baixo protagonismo dos Estados”. “Os Municípios passaram a ser protagonistas desse processo e os Estados passaram a ter um baixo protagonismo e até uma certa crise existencial ao longo desse processo”.

Ocorreu também uma lacuna da União no que diz respeito ao seu papel na coordenação nacional do sistema. Os Estados passaram a não compreender o seu papel de regulador, de formulador de políticas e a União passou a fazer a gestão do sistema de saúde através de portarias, regulamentando com normatizações verticais e fragmentadas, sem o aspecto integrado do sistema e sem olhar a integralidade.

“Vale dizer também que o financiamento vem junto dentro desse contexto, um financiamento fragmentado e pautado mais em programas e procedimentos do que um olhar mais sistêmico. Isso tudo gerou problemas no sistema. Hoje o sistema ainda tem grandes gargalos que nós já conhecemos, desde capacidade instalada insuficiente e inadequada dos serviços de saúde até um processo de subfinanciamento, que é o que nós estamos pautando e discutindo aqui. Regras e critérios de acesso não estão claros e pactuados de forma interfederativa. Apesar de os papéis estarem estabelecidos na Constituição de forma tripartite, há uma falta de clareza desses papéis e dessas complexidades, o que gera, de certa forma, a necessidade de nós reordenarmos esse sistema na perspectiva da integralidade”.

Destacou que o Ministro Padilha sempre fala que precisamos fazer a reforma da reforma. “É o momento de pensar o SUS, sem ocultar os problemas que ele tem ainda nesse momento. E nós acreditamos que o ponto de partida desse processo é a integralidade. E integralidade não vista como algo estanque, mas vista como um processo dinâmico, vivo, que dialoga com as especificidades locais e que faz com que os gestores olhem o sistema





conjuntamente, porque hoje também o planejamento, a normatização e o financiamento do sistema são definidos separadamente. União, Estados e Municípios definem de forma vertical, sem ter um processo, um elemento que conjugue e otimize recursos, que as pessoas sentem para unir esses processos num elemento que seja integrador”.

“Nós temos a integralidade como um ponto de partida, mas a integralidade na perspectiva de enxergar que nenhum ente consegue sozinho garantir essa integralidade e que ela só vai ser garantida a partir de um processo articulado em redes e de um processo onde tem União, Estados e Municípios juntos para planejarem — e aí tem que repensar planejamento e programação de forma mais articulada. A integralidade também tem que dialogar com as necessidades de saúde e também com o padrão econômico de cada localidade, que também não é uma coisa estanque”. É preciso declarar que o SUS tem recursos finitos e muitas vezes, quando se planeja e constrói políticas, não se coloca quem vai custear essas políticas, como vai ser o custeio dessas políticas. E aí são lançadas as políticas sem ter assegurado o compromisso tripartite desse custeio.

“Esse desafio está dado para o sistema como um todo. E, para que se possa atingir esse desafio de sair de uma estrutura fragmentada para uma estrutura mais articulada, para que se possa aumentar a confiança no sistema e trabalhar em redes mais integradas, é preciso qualificar o pacto interfederativo, as relações interfederativas, fortalecendo os vínculos interfederativos e pensando instrumentos mais sólidos de pactuação, instrumentos que não reproduzam essa estrutura inampiana, que está sendo discutida e pautada aqui. Esses instrumentos se desgastaram ao longo do processo porque tinham um foco objetivo que era trabalhar mais com a produção de serviços e com a oferta de serviços do que esse olhar mais sistêmico.”

“Quais são as estratégias do Ministério da Saúde? Eu vou trazer aqui algumas, até porque o objetivo não é trazer todas as estratégias, mas trabalhar o tema do acesso com qualidade em tempo oportuno, fortalecer o processo de regionalização mediante a construção das redes de atenção — e não só das redes de atenção, mas de uma governança regional que seja mais fortalecida entre os entes federados. Trabalhar esse conjunto de redes assistenciais, de redes de atenção e de redes temáticas, transversalizando essas redes assistenciais, é fortalecer a política de atenção básica.”



“Temos como estratégia também regulamentar a Lei nº 8.080, que trata do Sistema Único de Saúde e que, há 20 anos, ainda não foi regulamentada. Nós deveríamos ter feito o dever de casa e regulamentado essa lei, mas, de fato, nós não o fizemos. A proposta não é regulamentar todos os aspectos da lei, mas alguns aspectos muitos estratégicos e relevantes que falam da organização do sistema, como é o caso da regionalização e da organização do sistema como um todo, da definição das portas de entrada e do conceito de regiões de saúde. Hoje, a região de saúde pode ser um lugar no território de uma governança regional mais compartilhada e um lugar muito potente de produção de mudanças. Entretanto, é preciso delimitar esse conceito de regiões de saúde para que os entes possam inclusive definir suas políticas de investimentos naquela região, a fim de que se possa diminuir os fluxos migratórios, ter mais saúde, estar mais próximo das casas das pessoas e ter inclusive um investimento mais ordenado, porque hoje não temos um investimento tão ordenado.”

“Para isso, também estamos propondo, como processo de mudança, a construção de um mapa da saúde do Brasil, a fim de que, nesse mapa e nas diretrizes de conformação desse mapa, consigamos enxergar quais são esses vazios assistenciais ainda existentes no País. E, em cima desses vazios assistenciais, possamos orientar, ordenar e dialogar com o Poder Legislativo numa política de investimentos mais racional, porque às vezes a replicamos investimento desnecessário. Ou seja, um planejamento de saúde que integre todas essas questões em um novo conceito de programação mais focado na região, integrado, trazendo o protagonismo dos entes e o papel do Estado, e aí com forte protagonismo.”

“No que diz respeito à integralidade, temos também como estratégia o País construir a sua relação nacional de serviços, definir o que é oferta de serviços, não como um processo estático, mas como um processo dinâmico, que dialoga o que é possível atualmente em termos de financiamento e o que será possível no futuro.”

“E, por fim, um instrumento que integre todos esses processos, o contrato organizativo de ação pública, um processo de contratualização entre entes numa perspectiva mais horizontal, porque hoje, como havia dito anteriormente, as políticas são planejadas, normatizadas e financiadas de forma vertical e, em separado, cada ente, o contrato integra e traz os três entes para essa arena de responsabilização sanitária — dito aqui com muita



propriedade — e traz também perspectivas de termos um olhar mais sistêmico focado em resultados e no desempenho do sistema.”

“É importante que também avaliemos o desempenho, a performance do sistema, para que os recursos sejam gastos com racionalidade, sejam usados corretamente, e aí o tema do financiamento entra no contexto tripartite, porque hoje não sabemos de fato dizer quanto custa o sistema de saúde numa região, num Município. Numa região quanto que o ente federal põe de dinheiro, o ente estadual também, quanto o Município aplica de seus recursos e o que isso significa em termos de saúde?”

“É preciso termos esse conhecimento para apostar no financiamento dentro desse processo de contratualização mais global de sistema, um financiamento que não é fragmentado e que traga o art. 35 para a roda. Ou seja, aplicar de fato o art. 35.”

“Na regulamentação da Lei 8.080, acreditamos que dentro do contrato organizativo de ação pública vai-se poder fazer valer e dar potência ao art. 35, que define os critérios de equidade e de rateio entre os entes federativos em termos de financiamento.”

“Por fim, a questão do sistema de garantia de acesso realmente é um grande desafio que está posto para exame do Ministério — e o Ministro sempre coloca o tema do acesso como prioritário — para que seja um elemento integrador desse sistema, porque a rede de atenção também é interfederativa, e, sendo uma rede interfederativa, onde tem Estados, União e Municípios, é preciso que construamos elementos integradores a essa rede. E o sistema de garantia de acesso é um elemento integrador em que se consegue identificar o usuário em cada ponto do sistema e acompanhar o seu percurso, dando transparência também, através de listas de acesso públicas, que, acho, é o grande desafio do SUS, que não temos isso ainda, e definir, de forma interfederativa, qual vai ser o padrão desse marco regulatório que está no sistema de garantia do acesso.”

“É importante dizer que precisamos fazer isso de forma tripartite. Já fizemos experiências em alguns Estados. Especificamente, o Estado de Sergipe vem experimentando coisas novas dentro dessa perspectiva, mas é preciso que definamos e pactuemos um padrão para o País.” Será preciso olhar as especificidades de cada região. Por exemplo, sobre o planejamento e a programação, “a Portaria 1.111 define um padrão de programação para o País



inteiro, não olhando as especificidades regionais”. Portanto, é preciso começar a olhar as regiões de saúde, e são 540, ou até reconfigurar essas regiões, repensá-las como mais resolutivas, em que os atores do SUS tenham protagonismo ali e possam pautar seus investimentos, definir seu planejamento e contratualizar compromissos, responsabilidades decorrentes de um plano de saúde efetivo, não cartorial (que todo o mundo faz para poder cumprir exigências legais), mas um plano de saúde efetivo e que seja de fato articulado com um financiamento mais global, porque também no financiamento fragmentado em blocos. Eram 200 caixinhas que se transformaram em seis blocos, dentro desses blocos, há mais de 50 a 100 tipos de repasses.”

“Estamos repensando esse tipo de financiamento, no âmbito do Ministério da Saúde. É claro que não vamos conseguir isso de um dia para a noite. Vamos construir isso de forma tripartite, através de um consenso interfederativo. Acredito que vamos reduzir essa fragmentação e trabalhar com mais recursos para a Saúde, sim, mas articulado a metas dentro de um contrato, em que se tem a produção de resultados efetivos e um melhor desempenho do sistema. Para que isso ocorra é importante que apostemos nisso, e a nossa pauta aqui é para dar apoio a todos os senhores na perspectiva da regulamentação da Emenda Constitucional 29, como vem sendo dito pelo Ministro e pela Presidenta.”

Ainda sobre a questão do “sistema de garantia de acesso dos pontos sistêmicos, a regulamentação não conseguiu aprofundá-la, ainda que os consideremos extremamente relevantes. Carece de uma discussão mais aprofundada no âmbito do Ministério, e acho que podemos caminhar em uma parceria aqui com esta Casa para podermos evoluir”.

A terceira apresentadora, Adelina Maria Melo Feijão (Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS/MS) focalizou a fiscalização e controle dos recursos.

“Na questão do modelo do sistema, de uma forma geral, como foram tocados alguns pontos em relação à garantia do acesso e das portas de entrada, neste momento, estamos fazendo uma ação que mostra muito a questão do acesso. Estamos com a ação desencadeada em nível nacional, fazemos visitas técnicas e mapeamos todos os mamógrafos. Foi criada uma força tarefa pelo Ministro para fazermos fiscalização e auditoria em todo o sistema em relação aos mamógrafos.”



“Um ponto destacado aqui, a questão da garantia do acesso, estamos vendo quão frágil é essa informação. Nós temos um sistema de regulação. Como precisamos discutir o modo pelo qual a população acessa os serviços de mamografia, vemos a fragilidade do sistema de regulação e do acesso da usuária porque temos o sistema implantado em apenas 9 Estados. (...) Nessa ação, já estamos detectando a grande fragilidade da regulação.”

Destacou que os planos de saúde passaram a ser meramente cartoriais e que o relatório de gestão, que presta conta das ações de serviço, também é cartorial. O art. 4º da Lei nº 8.142 determina que para o Município receber o repasse do recurso precisa apresentar um plano de saúde, um relatório de gestão e uma programação anual de saúde. “Encontramos Municípios que tinham relatório de gestão sem nunca ter feito plano de saúde, sem ter uma programação anual. Como esse Município presta conta dessa coisa? Como ele compara? Como ele avalia a qualidade da sua prestação de serviço?”

“Então, há essas falhas, todas essas dificuldades. A gente tem 22 anos de SUS e vem avaliando e cada vez mais propondo alternativas para dar realmente uma condição melhor de funcionamento ao sistema. A Mônica aponta para a importância do contrato organizativo de ação pública em que as responsabilidades sanitárias vão ser definidas e cobradas. Por quê? Se nós temos hoje o pacto de gestão, quando se fala da questão do padrão para o País, temos de ter estabelecidas responsabilidades sanitárias padronizadas nesse Pacto de Gestão. Então, um Município que tem 5 mil habitantes, assume o mesmo compromisso de um Município que tem 2 ou 5 milhões de habitantes. Como podemos olhar isso de forma diferente?”

“O País tem suas especificidade, assim como cada região tem suas especificidades. Sabemos que somos diferentes, mas acabamos tratando todos de forma igual.”

Com relação ao controle social, também observou um papel “cartorial”. “Todo Município tem que ter o conselho, porque é exigido legalmente, mas ele não exerce o seu papel”.

Sobre a questão do sistema de controle, há uma discussão sobre “como o controle interno da Saúde, do SUS, pode definir seu padrão de controle, para que dentro da própria política, haja o seu autocontrole”.

O quarto apresentador, Josimar Barros Carneiro (DENASUS/MS), destacou a preocupação com a prestação de contas. “A partir da



década de 90, os recursos foram descentralizados, pelo Ministério da Saúde, para Estados e Municípios, e realmente não existe prestação de contas ou de recursos para o Ministério da Saúde. E nem poderia existir. Imaginem mais de 5.500 Municípios prestando contas ao Ministério da Saúde! Não haveria sentido se isso fosse centralizado.”

“Mas a preocupação é que esses recursos são repassados, e a gente percebe que não existe uma preocupação na sua execução. O art. 52 da Lei nº 8.080 foi muito bem pensado e deu um tratamento bem específico aos recursos da Saúde. Caracteriza até como crime os desvios de finalidade. Desvio de finalidade que nós entendemos, de acordo com a Lei nº 8.080, são gastos fora da saúde. Nós temos aqueles gastos fora de objeto, relacionados às portarias, que não trazem prejuízo ao SUS, porque, de qualquer forma, seriam aplicados na saúde.”

“Mas o que a gente percebe? É que a prestação de contas, de acordo com a Lei nº 8.689, estabelece que ela deve ser feita perante o Tribunal de Contas respectivo, onde está jurisdicionado o Município e também o Estado. Mas na visão ou no tratamento dado a essa prestação de contas pelos tribunais, não há essa preocupação de verificar se realmente esse recursos foram aplicados na saúde. A prestação de contas é feita no bojo geral, no conjunto da Prefeitura, e não há o tratamento específico para verificar se os recursos foram ou não aplicados na saúde.”

“O Ministério Público tem indagado isso muito ao Ministério da Saúde: ‘E aí? Houve prestação de contas?’ E nós respondemos. Nós até elaboramos uma nota técnica, informando como se dá essa prestação de contas, para mostrar que ela não é centralizada, e acontece no âmbito do Estado e do Município. E fica esse vácuo. Existem até Tribunais de Contas — posso até citar, salvo engano, os do Acre e do Amazonas — que se recusam a julgar as contas relativas ao SUS, aos recursos repassados pela União. Essa é uma preocupação.”

Além dos três deputados já mencionados, na fase de discussão outros apresentaram colaborações. O Deputado Raimundão mencionou que “a nossa conversa com a Saúde não pode ser do dia para a noite, tem que ser para ontem. A população está morrendo! A gente tem que ter a coragem de dizer que a Saúde nacional está precária. Pode haver algumas



exceções, mas na sua grande maioria, principalmente nos pequenos e médios Municípios, está precária.”

Também destacou a necessidade de definição de responsabilidades dos entes na gestão da saúde e de conhecimento da proporção da população que depende exclusivamente do SUS em cada estado, para que os recursos sejam distribuídos conforme as necessidades.

O Deputado Marcus Pestana comentou que os contratos do SUS não proporcionam o equilíbrio econômico-financeiro dos prestadores de serviços, gerando uma relação hipócrita. Em Minas Gerais, devido a impossibilidade financeira, foram priorizadas quatro redes (a urgência e emergência, a materno-infantil, a hipertensão e diabetes e a saúde do idoso, no Programa De Olho no Futuro. Foi adotada uma noção de integralidade progressiva, “avançando a caminho da integralidade que ainda estamos longe de atingir”. Entre os temas que merecem atenção na reforma do SUS, salientou: o financiamento, a gestão, o modelo de atenção (o sistema está fragmentado, poderia inserir a urgência como porta de entrada, mas deveria existir uma visão circular com atenção primária no centro, ao invés de atenção 1ª, 2ª 3ª); a incorporação tecnológica. Também destacou que a saúde representa 30 a 35% das demandas do povo, mas não estaria na “agenda prioritária do governo”. Também considerou que há uma redução na participação social. “Estamos muito fracos, como uma armada de Branca Leoni”.

O Deputado João Ananias salientou: a relevância da questão do financiamento, o qual tem ocorrido ainda no modelo “inampiano”, enquanto que pactos tem ocorrido segundo a ótica da responsabilidade sanitária. Destacou a defasagem da transferência de recursos aos Estados. Por exemplo, o custo de uma dia de UTI no Ceará é de 1300 Reais, mas o nível federal paga Reais. Também mencionou que acesso não significa um lugar na fila de espera. Sobre o controle social, destacou que a CUT recentemente apresentou onze pontos de reivindicações, mas nenhum sobre a saúde.



## F) Reunião sobre redes assistenciais e sistemas de acesso (16/05/11)

A primeira apresentadora, Leda Lúcia Couto de Vasconcelos (Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS), observou que o Ministro Padilha sempre diz que “nós precisamos garantir que o SUS possibilite o acesso universal com qualidade, e isso sendo organizado por meio de redes temáticas e territoriais, para poder garantir a integralidade e a equidade”.

“Estamos num momento de discussão de como vamos conseguir fazer alguns processos de regulamentação de alguns artigos da Lei nº 8.080, tentando identificar as responsabilidades de cada um dos entes federados, mediante contratos de ação pública, e organizando as nossas ações para que elas visem basicamente a questão do alcance de alguns resultados, conforme a orientação da nossa Presidenta. O salto que podemos dar é fazer a organização do serviço por meio da construção de Redes de Atenção à Saúde e fazer esse processo de organização de acompanhamento por meio de resultados e de contratualizações claras entre os entes federados”.

A Portaria nº 4.279, de 31 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde. Essa portaria resultou de um grande consenso que foi possível entre o CONASS, o CONASEMS e o Ministério, que fez com que, no dia 31 de dezembro de 2010, fosse publicado isso.

“O art. 198 da Constituição Federal diz que as ações e serviços públicos de saúde integram essa rede regionalizada e hierarquizada, que também aparece na Lei nº 8.080, falando dos arranjos organizacionais para as redes loco-regionais. A portaria diz que as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado. Não dá para organizar uma rede de atenção à saúde sem dizer que ela tem que estabelecer muito fortemente, como ordenadora do cuidado, a atenção primária, ou básica, de saúde. Diria ‘primária’, para evitar o conflito. O CONASS fala “primária”; o CONASEMS, ‘básica’; e eu, tancredista, falo ‘primária’.”

“Essa organização, por meio das Redes de Atenção à Saúde, tenta superar essa fragmentação de cuidado, para não haver separação entre condição aguda e condição crônica. A Rede de Atenção à Saúde só tem



277F6C0F34



sentido se leva em consideração o cuidado integral. Então, ela joga para essa perspectiva de avanços na integralidade e na construção de vínculos. Mencionem-se também os custos crescentes no tratamento de doenças. É claro que uma rede de atenção à saúde não vai deter, mas pode amenizar o impacto desses custos crescentes, quando amplia a eficiência econômica do sistema. Tentamos, com a construção e a implantação de uma rede de atenção à saúde, assegurar ao usuário do Sistema Único de Saúde esse conjunto de ações e serviços de forma efetiva, contínua, integral e humanizada.”

“O que caracterizaria então a Rede de Atenção à Saúde? Essa formação de relações horizontais entre os pontos de atenção que tem a atenção ‘primária’ como centro de comunicação. Ela é que faz essa ordenação. Temos de organizar os nossos serviços, as nossas ações, a nossa rede, com centralidade nas necessidades de saúde da população, tendo responsabilização para que essa atenção, para que esse cuidado se dê de forma contínua e integral.”

“Componentes da Rede. Tem de haver espaço territorial e população. Tem de haver esses serviços com essas densidades tecnológicas distintas, com apoio diagnóstico e terapêutico, tudo articulado e integrado para que haja ótima condição de custo e benefício, oferta e necessidade. Tem de haver uma logística, porque o usuário tem de ser identificado, com prontuário acessível em todos os pontos da Rede. Tem de haver sistemas de regulação, com normas, com protocolos, com definição de competências para orientar o acesso.”

“Para implantar a rede tem de haver a definição clara de população e território, tem que existir diagnóstico situacional daquele território, daquela população. Tem-se de pensar, criar uma situação desejada. Tem-se de estabelecer esse sistema logístico de suporte e uma rede de regulação e governança para que essa rede funcione de forma adequada.”

“Já conseguimos pactuar na Comissão Intergestores Tripartite a Rede Cegonha, que aborda o aspecto obstétrico e neonatal e alcança crianças com até 24 meses. Estamos discutindo no GT de Atenção à Saúde a construção da rede de urgência e de emergência. Ainda estamos em um processo de construção dentro do Ministério, para poder conversar com a nossa Presidenta, com referência à Rede de Atenção Psicossocial.”



“A Rede Cegonha. Foi lançada no dia 28 de abril pela Presidenta. Já havíamos feito o processo de pactuação. Estamos fazendo agora o processo de operacionalização. A Rede Cegonha busca fazer acolhimento com classificação de risco, ampliando o acesso e melhorando a qualidade do pré-natal. Gostaríamos que uma mulher que tem dúvida se está grávida conseguisse fazer o teste rápido de gravidez e, estando grávida, rapidamente entrar no sistema de saúde, sendo lhe garantidas com qualidade todas as consultas do pré-natal. Haveria também uma forma de garantia de transporte, para que fosse a essas consultas. Ampliamos a quantidade de exames a que ela pode ter acesso. Saindo do pré-natal, ela não teria alta, estaria vinculada a uma maternidade, porque, em nosso entendimento, gestante e recém nascido não podem peregrinar no sistema de saúde.”

“Isso nos remete ao segundo aspecto: a garantia da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro. Vamos fazer com que o SAMU retorne às suas origens, podendo prestar atenção para as urgências obstétricas. De certa forma, com o tempo, houve desresponsabilização na construção. Só os mais antigos ainda fazem isso. Digo “antigos” porque, no caso do Rogério, foi o terceiro Município a implantar o SAMU no País. Que o SAMU faça, então, esse primeiro atendimento — e também nos casos de transtornos mentais. Vamos tentar garantir outras formas. Por exemplo, não sendo uma urgência obstétrica, sendo só um encaminhamento para o parto, que ela tenha inclusive direito a vale-táxi, para que possa locomover se e receber essa atenção.”

“Tem que garantir as boas práticas de segurança, no parto, no nascimento. Com as boas práticas de segurança sendo realizadas, com a tentativa de garantir a suficiência dos leitos referentes a parto, vamos estimular que os partos aconteçam de forma natural. Haverá estímulo, então, aos Centros de Parto Normal. Para as mulheres com gestação de alto risco — cerca de 15% das gestações são de alto risco —, acesso a casa de apoio à gestante, ao bebê e à puérpera, para que ela possa receber esse atendimento. É outra coisa importante que estamos tentando garantir com a Rede Cegonha.”

“Procura-se também dar continuidade à atenção às crianças pelo menos até os 24 meses, com qualidade e resolutividade. Várias ações organizadas para que as crianças de até 24 meses também tenham esse acompanhamento. Além, é claro, de ter acesso ao planejamento reprodutivo. Se uma mulher, um homem ou um adolescente quiser ter acesso a métodos



contraceptivos, organização, também estamos querendo garantir essas informações.”

“Há uma linha de cuidados que construímos tentando mostrar as várias novidades ou ações que o Ministério está pensando com relação à gestante e ao recém-nascido. Já falei, de certa forma, para vocês: teste rápido de gravidez, teste de sífilis, transporte (para a mulher ter segurança dos exames, das consultas pré natal e na maternidade), suficiência de leitos não só de parto normal, mas também de parto de alto risco, com UTI, UCI, leito canguru e esses locais de que já falei para vocês, casa gestante-bebê, etc.” Também haverá o vaga sempre. “Outra coisa é direito a acompanhante, de livre escolha da mulher.”

“Na Rede de Urgência e Emergência, outra rede prioritária do Ministério da Saúde, queremos olhar desde a possibilidade da unidade básica de saúde... Estamos pensando nas salas para atendimento prioritário, salas de observação, e todo o fluxo. Se precisar, UPA, criação de leitos clínicos resolutivos. Sabemos que hoje é um problema muito grande que temos. O Ministério da Saúde está se dispondo a fazer processos de pagamento de diárias diferenciadas para os pontos de atenção que se qualificarem. Estamos verificando todas as portas hospitalares que estão estranguladas para arrumarmos uma forma de capacitá-las, para que realmente sejam portas de entrada e de encaminhamento para os usuários que estão precisando de atendimento imediato, e sempre, em todos os pontos de atenção, garantir que exista acolhimento com classificação de risco e com resolutividade. Acho que esse é o grande problema que estamos enfrentando nessa parte de urgência e emergência.”

“Estamos também retomando a discussão da atenção domiciliar. Achamos que também é um instrumento importantíssimo, e potente, para podermos garantir, não só na UPA, que possa ir para uma unidade, ou seja, não entra, não hospitaliza, como também desospitalização. Facilita a saída para casa de pessoas que podem ser observadas e acompanhadas em casa. Coloquei aqui os componentes, desde a atenção primária, na base, com SAMU, UPA, hospitais com leitos resolutivos, atenção domiciliar e todos os componentes de promoção, prevenção, qualificação profissional, informação, regulação, enfim, todos esses aspectos que achamos que têm que ser atendidos na questão da rede de urgência e emergência.”



“Finalmente, outra rede de atenção prioritária que estamos enfrentando no Ministério da Saúde é a Rede de Atenção Psicossocial, basicamente com um recorte quanto aos cuidados relativos aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Estamos redesenhando toda a rede de atenção psicossocial, colocando a discussão da questão dos CAPs, das casas de acolhimento transitório, dos consultórios de rua, para podermos fazer uma busca ativa. São os tipos de equipamento, os pontos de atenção que têm que estar articulados para poder constituir uma rede. Consultórios de rua vinculados às unidades básicas de saúde, as próprias unidades básicas de saúde em franca articulação com os diversos tipos de CAPs: CAPs I, CAPs II, CAPs III. CAPs i, CAPs AD. São vários formatos. Também articulados com hospitais, porque essas pessoas, tanto os psicóticos quanto os neuróticos ou os usuários do crack e outras drogas, têm algumas situações em que precisam de internação clínica. Então, é preciso ter leitos para que sejam internadas nessas casas de acolhimento transitório. E mais: estamos introduzindo um componente em franca articulação com outros Ministérios quanto à geração de renda e moradia social, porque é fundamental essa parte da reinserção social”.

“Também temos que fazer o processo de reinserção social. Na reinserção social, os processos de geração de renda e os de moradia social somam para que consigamos enfrentar de forma adequada essa grande questão, que todos vocês que acompanham sabem como tem crescido nos Municípios.”... tem a atenção primária, não como rede, mas como sustentáculo de todas as redes para cima. O conceito de rede adotado baseia-se em diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por vários formatos.”

“Tem outra coisa, o diagnóstico e a prevenção de câncer do colo do útero e de mama, a que também estamos dando uma ênfase toda especial no Ministério da Saúde. Sinceramente, se conseguirmos implantar pelo menos a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência neste País, já vamos mudar o jeito da saúde no Brasil. E, sinceramente, acredito nisso. Trata-se de um processo de construção que batalhamos para poder fazer. Então, só para poder abordar essa questão da integralidade, acho que a forma de superarmos isso é através de construção de redes. Então, as redes têm que começar a operar e produzir resultados para poder também ter a questão do seu financiamento. Temos que pensar financiamento de redes diferentes.”

“O que estamos trazendo do Ministério da Saúde é o que estamos tentando fazer junto com os parceiros, ou seja, a construção dessas



redes temáticas, com prioridades. E já concluímos que serão essas: a Rede Cegonha, com recorte materno-infantil; a Rede de Atenção Psicossocial, com o recorte do enfrentamento do crack, álcool e outras drogas, sem considerar os outros recortes; e na urgência e emergência, principalmente nesses locais que estamos vendo que estão cheios de gargalos, estamos tentando ver os vários componentes nos vários locais. Enfim, estamos fazendo isso tudo dentro da discussão da priorização da atenção primária à saúde com relação à questão da construção das unidades básicas, ou seja, elas se capacitando para poderem, realmente, ser ordenadoras do cuidado.”

“Enfim, são processos de construção, de refinamento necessários. Não queremos, com o discurso, com o conceito, fazer processos de exclusão. Pelo contrário, indagamos o seguinte: como faremos esses processos de construção na rede e, ao mesmo tempo, alinhando? A gente está trocando a roda do carro com ele em movimento. Mas esperamos que as nossas dificuldades conceituais momentâneas não atrapalhem a construção do que precisamos para priorizar as redes para as quais já conseguimos um nível de acordo mínimo.”

A segunda apresentadora, Maria José Evangelista (Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS), destacou que o CONASS, desde 2007, “vem trabalhando uma proposta de redes de atenção, entendendo que o Brasil passa por mudanças, estamos numa transição, e que temos as doenças emergentes, reemergentes, doenças da modernidade, traumas. Na verdade, temos uma tripla carga de doenças, e o modelo que estamos trabalhando não tem dado conta da situação do País. Pensando nisso, o CONASS desenvolveu uma proposta de oficinas que ajuda os Estados a se organizarem. Em 30 de dezembro de 2010, conseguimos pactuar uma portaria em cima de tudo que já vínhamos trabalhando.”

“Na proposta do CONASS, a atenção primária não seria uma rede, mas a ordenadora do cuidado, o centro de comunicação. Na verdade, ela deve fazer a regulação. A rede deve atender às necessidades da população. Então, existe uma incoerência entre a rede e a Programação Pactuada e Integrada, com que estamos habituados a trabalhar, porque a PPI é por oferta, e, quando estamos trabalhando em rede, quando o Ministério desenha a Rede Cegonha, por exemplo, é para atender às necessidades da mulher e da criança, sejam quais forem, desde a atenção primária, passando pela secundária, até a terciária”.



“Nos Estados que solicitaram, nos últimos 4 anos, fizemos 19 oficinas de rede, que nada mais são do que oficinas que colocam, de forma bem prática, bem concreta, tudo isso que Leda disse. Uma oficina tem 3 dias. Inicialmente, é feita com todos os gerentes, coordenadores da Secretaria Estadual, integrantes do COSEMS e das universidades. Fazemos um alinhamento conceitual do que seria a rede, porque cada um entende de um jeito e é necessário que se faça esse alinhamento para que todo o mundo trabalhe pensando da mesma forma.”

“Quando fizemos esse trabalho, vimos como está a atenção primária hoje no País, apesar de todos os avanços que já tivemos. Começamos, em 1994, com 50 equipes do Saúde da Família em 12 Municípios e hoje já estamos com mais de 30 mil equipes do Saúde da Família no País, mas temos sérios problemas de qualidade, de resolutividade, de como essas equipes estão funcionando. Onde não há Saúde da Família — um pouco menos de 50% da população brasileira não tem acesso ao programa —, nem sabemos como a atenção primária está, porque não existe um sistema de informação que nos permita verificar como a população está sendo acompanhada. Percebemos isso de forma muito clara nas oficinas que fizemos nos Estados. O que impediu que de fato se organizasse rede, conforme tínhamos feito nessas oficinas.”

“Baseados nessa experiência, em que vimos que não daríamos conta de tudo isso que a Leda disse do jeito que estamos hoje, sem uma atenção primária que dê conta de ser o centro de comunicação dessa rede, de fazer a regulação e de atender a 80%, 85% que a atenção primária tem condições de atender... Do jeito que está, isso não tem sido feito. Então, sentamos e fizemos uma proposta para somar a essa de rede, entendendo que é imprescindível. É um conjunto de 11 oficinas, que chamamos de Planificação da Atenção Primária. Não é obrigado começar uma coisa e deixar outra. Temos feito isso de forma simultânea, mas entendendo que temos que qualificar a atenção primária.”

“Então, na primeira oficina desse conjunto de 11 oficinas reproduzimos as redes de atenção novamente, já com os Municípios. Nessa proposta, trabalha-se com as próprias equipes. Logicamente não é o CONASS que vai lá com a equipe, mas trabalhamos com o Estado e o COSEMS — isso é pactuado na CIB. Formamos um grupo de facilitadores no Estado, e essa proposta deve ser trabalhada por região, micro e macro. Não dá certo fazer com



Municípios isolados, porque os Municípios, isoladamente, não têm como atender aos três níveis de gestão. Então, essa proposta é regionalizada.”

“Esse grupo de facilitadores da Secretaria de Estado e desse colegiado da região é que deve fazer a multiplicação da proposta, já com os médicos, enfermeiros, dentistas, as equipes propriamente ditas da unidade básica. A primeira oficina é sobre redes, para continuar fazendo o alinhamento conceitual do que seria trabalhar em redes de atenção.”

“A segunda é sobre atenção primária, porque vimos que, mesmo quem trabalha na atenção primária trabalha do mesmo jeito que sempre trabalhou, com demanda espontânea. Mesmo o pessoal do Saúde da Família. As nossas universidades não formam os profissionais para a necessidade do País. Então, continuamos trabalhando da mesma forma que trabalhávamos 15, 20 anos atrás, não mudamos a forma de atender a população. A terceira oficina é sobre territorialização. Mesmo quem trabalha com o Saúde da Família tem equipes que atendem 10 mil pessoas, é absolutamente impossível dar conta na totalidade. Se 4 mil, o preconizado, já é difícil, imaginem 6, 7, 8, 10 mil pessoas.”

“A quarta oficina é sobre a organização dos processos de trabalho em saúde; a quinta é sobre vigilância em saúde; a sexta, organização da atenção à saúde na unidade básica de saúde; a sétima, abordagem familiar e o prontuário familiar. Ainda temos no País unidades básicas de saúde que trabalham sem prontuário. Se, por exemplo, tiver algum problema com um médico, ele não tem como se defender, porque não há registros. A oitava é sobre assistência farmacêutica; a nona, os sistemas de informação em saúde; a décima, os sistemas de apoio e diagnóstico, sistemas logísticos e de monitoramento, porque a atenção primária tem que ter um suporte de apoio e diagnóstico, sistema de informação para também ter qualidade e resolutividade. E a décima primeira é sobre a contratualização das equipes de atenção primária”.

“A metodologia dessas oficinas é que elas têm período de concentração e de dispersão. A cada tema desses, o grupo passa 2 dias discutindo, teorizando, aprendendo, e tem um período de dispersão que vai até 2 meses para colocar em prática aquilo que foi discutido em sala de aula. Se a oficina foi sobre territorialização, a equipe volta para o seu Município, para a sua unidade, e vai fazer o remapeamento e cadastrar as famílias. E assim acontece com todas as 11 oficinas.”



“Acreditamos que não devemos ter pressa, porque a pressa atropela. Eu digo que é uma mania do brasileiro, se alguma coisa dá muito trabalho e não dá certo, querer mudar para outra. Não tem que ter pressa nisso aqui. Tem que ter agilidade, mas, no mínimo, um ano e meio, 2 anos, para andar por esse conjunto de oficinas, mudando, de fato, a atitude lá no território, que é o que interessa.”

“Mudou a gestão, e temos a cultura de, quando muda a gestão, às vezes mudar tudo, até as equipes. Às vezes, acontece até de tirarem os agentes comunitários de saúde. Sempre estamos recomeçando. Como mudou a gestão e estamos no primeiro ano de uma nova gestão, estamos recomeçando essa proposta, que estava um pouco adiantada em alguns Estados na gestão passada. Mas já temos alguns Estados, pelo menos dois, que mostram que esse é um caminho que aponta soluções concretas. Já há resultados bastante concretos.”

“Os dois Estados mais adiantados, que já têm o que mostrar, são Minas Gerais e o Espírito Santo. Estes dois já estão bem avançados. Entendendo que a proposta casa perfeitamente com a Rede Cegonha, por exemplo, estamos caminhando para trabalhar juntos, porque agora já temos a solicitação de 15 Estados, que já estamos visitando, fazendo as reuniões preparatórias. Já estamos na fase de fazer a primeira oficina, que chamamos de oficina-mãe, essa sobre redes de atenção.”

“Há o propósito de trabalhar juntos. Também temos conversado com o CONASEMS, porque quem faz atenção primária são os Municípios. Mesmo que não fosse, se não houver a solidariedade e a boa vontade dos três gestores de trabalharem juntos, já sabemos que vai ser muito mais difícil obter resultados”. (...) “Daqui a dois meses, o CONASS vai fazer a publicação de cada oficina dessas, detalhando, no sentido de ajudar, dizer como os Municípios e os Estados devem fazer. Não é uma receita. Estimulamos que Estados e Municípios customizem, façam de acordo com a sua realidade”.

O terceiro apresentador, Nilo Bretas Júnior (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS -), indicou que “se pensarmos bem no que está no art. 198, quando falamos de redes, estamos falando da constituição do sistema. A organização das redes é a forma que temos de organizar o sistema para responder às necessidades da população. É uma





resposta social do Sistema Único de Saúde às necessidades de saúde da população.”

Apresentou três publicações. “Primeiro, a tese do CONASEMS 2010/2011, em que tratamos dos dilemas e dos grandes desafios. Ela está bem atualizada, apesar de ter sido formulada em 2009. Ao longo dessa história, desde a década de 80, chegamos a uma formulação muito clara a respeito dos dilemas do sistema. Segundo, o livro *As Redes de Atenção à Saúde*, que já foi citado aqui pela Leda e pelo Rogério, no qual pontuamos a composição das redes, a experiência internacional. O CONASEMS coordena uma rede de experiências locais no mundo. A Rede Américas não se restringe à América, porque participam a Europa, países africanos, a Índia. Enfim, há uma série de trocas do que são consideradas experiências locais. Temos uma parceria forte com a Espanha, já foi citado aqui. Estamos organizando um observatório ibero-americano de políticas de saúde. Tivemos uma reunião recente, nessa viagem à Espanha, na qual havia pessoas do CONASEMS. Nos dias 9 a 12 de julho, vamos fazer em Brasília o nosso 27º congresso, cujo tema será redes. Vamos ter reunião do observatório. Vamos chamar o Parlamento para discutirmos o seu papel em saúde. Trata-se de um congresso enorme, com mais de 5 mil pessoas”.

“Terceiro, uma cartilha, *Os Municípios e as Redes de Atenção à Saúde no SUS*, que foca mais o nosso problema. O problema do CONASEMS são os Municípios. A maior dificuldade nossa, apesar das divergências momentâneas, conjunturais — Ministérios, Estados —, é fazer com que os Municípios respondam o que têm de responder: o que fazer, como fazer, quais são as condições para isso.”

“Acho que temos um consenso nos 20 anos. Precisamos avançar na legislação. O Deputado Rogério citou a experiência da Espanha, que é válida para nós, até porque há 20 anos talvez não tivéssemos a maturidade de experimentar uma gestão descentralizada, para pensarmos hoje no que precisamos avançar, que passos são necessários para isso. Acho que a oportunidade vem, e há um movimento de reflexão e várias experiências. Se não conseguiram produzir um efeito de sistema, pelo menos pontualmente conseguimos superar uma série de limitações. Hoje, temos maturidade para discutir o que é preciso regulamentar na Lei 8.080, como avançar no processo das relações interfederativas e no processo da própria constituição do sistema.”



“Na nossa visão, temos duas redes. Numa conversa tripartite que temos tido, isso é muito claro. Uma coisa é a construção da rede interfederativa, das relações interfederativas. Os contratos vêm avançar bastante nessa construção, no processo de superar a programação da oferta, como a Maria José colocou aqui, e outros mecanismos. Outra é o conteúdo dessa rede interfederativa. Estamos chamando de rede de atenção. Então, sobre tipos de rede devemos insistir bastante nessa conversa. Tenho a rede interfederativa, que tem os princípios colocados na portaria e diretrizes que são de consenso tripartite sobre o que fazer. Fortalecer a atenção básica, organizar o restante da atenção complementar a essa atenção básica, pelas prioridades da atenção básica, fortalecer os mecanismos de regulação, que são fundamentais para a garantia de acesso. E aí, os sistemas logísticos de apoio necessário. E fortalecer a governança regional.”

“Mais do que nunca, é evidente que não há um sistema de saúde num município-ilha. Não existem ilhas no País, na verdade há uma interdependência. Está na Constituição, inclusive, a interdependência, as responsabilidades entre os entes federativos. A nossa diferença da educação é esta: a educação tem uma divisão muito clara dos papéis dos entes federados, da responsabilidade pelo ensino fundamental, pelo ensino médio, e a saúde, não. Temos responsabilidades que são específicas e um conjunto de responsabilidades que são interdependentes dos papéis dos três entes federados. E aí, temos que avançar na construção da rede interfederativa.”

“Queria dizer, de forma geral, na nossa visão, que temos dilemas básicos na construção dos sistemas, na construção das redes. Existe uma série de experiências que mostram caminhos nacionais e internacionais, mas se não enfrentarmos a discussão do subfinanciamento do sistema e a questão da formação e oferta de profissionais, principalmente médicos, de forma qualificada dentro do sistema, não vamos conseguir ter atenção básica fortalecida, não vamos conseguir sequer superar a questão da gestão.”

“Acho que são questões estruturais, são dilemas estruturais, que não resolvem por si todos os nossos problemas do sistema e da construção de redes, mas têm que ser enfrentadas, para além do que somos nós, gestores, inclusive. Acho que é uma discussão que tem que ser feita, cada vez mais, com a sociedade brasileira. A discussão de que saúde queremos e quais são as condições para esse processo. Estamos discutindo, sim, de forma tripartite, o que precisamos regulamentar na Lei 8.080. Acho que essa é uma discussão



fundamental. Sem ela, não temos segurança normativa para poder levar os processos da contratualização. A experiência já tentada em Sergipe baseou-se numa lei estadual que deu suporte ao processo. Então, temos, do ponto de vista nacional, que trabalhar um pouco na discussão da regulamentação, para que se dê espaço para isso”.

“Na nossa proposta que trata da integralidade, estamos discutindo a construção de uma relação nacional de ações e serviços de saúde, que é a base da discussão da integralidade que precisamos construir. E só é possível construir na rede do possível. O ideal que pensamos para uma rede de atenção é que responda a 80% ou 95% das necessidades da atenção básica, que garanta a continuidade do cuidado quando necessário. Quer dizer, que garanta um processo contínuo do cuidado à saúde. Mas só vamos construir isso se tivermos uma segurança para isso. Até porque o que vai dizer da interdependência é justamente a segurança normativa que possamos ter com a regulamentação.”

“Acho que temos algumas questões pontuais que não podem ser esquecidas. Primeiro, não pontual tanto assim, temos um grande instrumento construído da relação interfederativa, que é o Pacto pela Saúde. Essa foi uma experiência de 2006 para cá. Estamos trabalhando nessa concepção como aprimoramento do Pacto. Da fala do Ministro no Conselho Nacional de Saúde e da conversa conosco, com o CONASS e na própria tripartite, vemos que estamos tratando disso. Quer dizer, estamos construindo o aprimoramento dele, transformando os instrumentos, trabalhando os instrumentos contratuais nesse processo. E dentro desse aprimoramento do PAC temos quatro questões básicas; uma é esta discussão do modelo de atenção, não é? Para superarmos essa dicotomia de agudo e crônico. Enfim, nós temos de trabalhar um sistema que dê conta das duas grandes condições. Ele não pode ser nem um, nem outro.”

“E aí temos problemas de transição. Vamos ter de discutir, porque a nossa rede atual, na sua lógica de funcionamento, montada em cima da oferta, foi estruturada principalmente para responder a agudo (pouco) ou crônico. Na verdade, não está estruturada, não há mecanismo de conversa entre a rede que garanta a continuidade do cuidado, que garanta a informação necessária para o ordenamento, pela atenção básica, do cuidado dentro da rede. Então, existem questões que têm de ser trabalhadas nesta discussão do modelo.”



“O modelo não pode ser o nosso da oferta, e da oferta do curativo, não é? Quer dizer, cumpre tirar o foco — vale o princípio da atenção básica, não é? E da experiência internacional, inclusive —, tirar o foco cada vez mais do dano e focar no risco. Isso exige uma reorientação, exige uma qualificação profissional, exige uma série de discussões, inclusive de gestão, não é? E a discussão do financiamento, é óbvio, porque se nós não conseguirmos investir na estrutura física... A nossa estrutura física é muito ruim, vamos dizer assim. É a verdade, não é? Pelos levantamentos, nós não temos sequer a capacidade de diagnóstico preciso, e isso está no bojo desta discussão da nova política de atenção básica, em que nós estamos debatendo a tripartite, mas sequer há um diagnóstico preciso. Nós temos dados de pesquisa, da AMS, que é de 2009; nós temos... o Ministério está fazendo um esforço, agora, e vamos fazer um censo de cada uma das nossas unidades, para ver a real situação; nós temos uma inadequação muito grande às normas vigentes, inclusive dessa rede; e sem recursos não vamos fazer nada. A nossa estimativa, nossa e do CONASS, é de que, mais ou menos, vamos precisar aí de uns R\$ 6 bilhões para pôr essa rede mais ou menos em condição disso, de se estruturar. Mais ou menos. É um levantamento inicial”.

“Olhem, o levantamento da pesquisa AMS, só para terem uma noção, abrangeu: consultórios, a existência de consultórios na rede básica; consultório individualizado, médico e enfermagem; acolhimento com classificação de risco, que é uma questão fundamental; vacina; sala de vacinação; etc..., “...o dado é de que 75,8%, quase 80% das nossas unidades estão inadequadas, não é? Então, é assim. E não adianta; se não houver recurso para investir, não vai mudar. O recurso, em logística, é fundamental. Temos uma dívida, que está na Lei nº 8.080, de 1990, no artigo 47 ou o 48, que, lá em 1990, previa que em 2 anos nós íamos organizar o Sistema Nacional de Informação em Saúde. Nós estamos aqui, 21 anos depois, no mesmo pé, não é? Ainda é uma grande dívida. Na verdade, é o que nós temos de fazer. Enfim, os mecanismos de coordenação são fundamentais.”

“Precisamos de recursos para uma política de remuneração de pessoal que trate, além da fixação, também da formação, da oferta, além da fixação, da permanência dos profissionais de saúde. Eu não preciso falar aqui de estrangulamento de Municípios em relação a isso. Quase 70% da força de trabalho hoje é municipal, o que é inviável, já não é possível mais. Há vários limites, vários Municípios com sérios estrangulamentos com relação a essa



questão. E precisamos de recursos para discutir a continuidade da assistência. Eu acho que várias dessas redes prioritárias, do que nós estamos chamando de redes prioritárias, seguindo esses princípios, têm trabalhado com poucos mecanismos de alocar recursos nessa questão, mas é fundamental. E precisamos de profissionais qualificados, não é? Não tem jeito. E para qualificação nisso, Leda não mencionou, mas há várias iniciativas, bem avaliadas, vamos dizer assim, de formação, de qualificação, só que precisam ganhar escala, precisam ganhar uma dimensão. Para terem um impacto nacional como rede, elas precisam ter escalas, experiências de educação permanente a distância, enfim, vários mecanismos colocados.”

“E precisamos investir, sim, em gestão. Aliado, eu acho, a tudo que já foi comentado aqui, nós precisamos trabalhar, como eu já disse anteriormente, na governança regional. Para isso nós temos de trabalhar a governabilidade dos Municípios, sim, porque a maior, a grande parte dos Municípios tem uma governabilidade limitada — e ameaçada em muitos casos, não é? O Deputado Rogério Carvalho comentou: nós avançamos na discussão da descentralização, que é um dos princípios do sistema, mas ele tem um grave problema. Primeiro, nós tivemos vários momentos, um que foi o da municipalização e outro que foi o da descentralização normatizada, vamos dizer assim. Quer dizer, há um excesso de normas, principalmente da década de 90 para cá, que colocaram uma série de limitações a essa governança, a essa governabilidade. Quer dizer, é impossível participar de um processo regional que significa compartilhamento se a governabilidade local não está garantida. Eu estou compartilhando o quê?”

“Eu vou dar um exemplo, assim, claro, de rearranjo necessário. Nós estamos discutindo a Rede Cegonha, como uma das prioridades. Isso exige um rearranjo de micropolíticas, não é? Local da maternidade, que muitas vezes tem um gestor de Estado, com a rede básica do Município... O que é garantir vaga sempre? Não é a prática. Não estou dizendo que não é uma questão... É uma questão muito mais complexa para se resolver do que uma portaria, do que um ato normativo, não é? É do dia a dia do funcionamento da rede, do dia a dia de funcionamento, de garantir vaga sempre... Enfim, isso exige uma política, isso exige um planejamento regional forte, para esse processo ser efetivo. É lógico que nós vamos fazer isso na rede do possível, não é? Tem de ser a do que é possível hoje. E aí, o movimento é desigual e combinado, não há outro jeito de dizer. Não vai ser igual. Nós não teremos uma rede, um



funcionamento igual no País ao mesmo tempo, é evidente que não é possível. Mas nós apostamos nesse movimento, como uma fala da própria Presidenta, de trazer a saúde ao centro da agenda de desenvolvimento do País. Eu acho que só assim é que nós conseguiremos efetivar, organizar de verdade a rede de atenção, não é?”

“Só para finalizar, foi mencionada aqui na discussão a questão de rede ou redes. Para nós é a rede de atenção; agora, fazer toda ela de uma vez só é complicado, eu acho. Daí o nosso foco em prioridades, no que temos de acumulação, no que já temos de construção de experiências, inclusive, que organizam essa resposta, que organizam isso que nós estamos chamando de rede temática, como forma de trabalhar, no caminhar da rede como um todo. Por isso, inclusive nós apontamos a centralidade da discussão da reorientação da política de atenção básica, da nova política, como aquilo que vai ser o eixo condutor desse processo. A nossa avaliação é essa. Quer dizer, na construção da rede federativa, com a regulamentação da Lei nº 8.080/90, vamos trabalhar os contratos, as redes temáticas como processo de construção do modelo de atenção, e a disposição do financiamento e das questões estruturais de recursos humanos; por um lado, nós caminhamos nesse sentido”.

“(…) concordo com o que o Deputado Rogério Carvalho disse aqui sobre a concepção única da rede de atenção — e é realmente como a tratamos: no singular. É isso mesmo, porque ela tem como princípios, na nossa responsabilidade, inclusive, dizer como fazer e quais são as condições. Mas quero dizer, primeiramente, que trabalhamos com o conceito de rede no singular. E ela tem como princípios organizar a atenção básica; fortalecê-la para ser ordenadora do sistema e do cuidado; organizar a rede complementar à atenção básica, ou seja, a média e a alta complexidade, em função da necessidade que temos dessa atenção básica; organizar os sistemas de apoio logístico — regulação, comunicação, informação, Cartão SUS, identificação das pessoas, transporte sanitário, apoio ao diagnóstico, além de uma série de questões; e também organizar a gestão regional, porque não é possível trabalhar sem diálogo regional.”

“Nós topamos discutir as ‘redinhas’. O Helvécio Magalhães, Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, nem fala de redes temáticas, mas de ‘redinhas’. (...) Vários pontos de atenção dessa rede são comuns, são compartilhados, são divididos, não há lógica em separá-los. Vamos reproduzir erros do passado de fragmentação. As linhas de cuidado servem para



pensarmos a organização dessa rede. Essa é uma questão apenas de movimento tático. Acho que agora é hora de selecionar. E concordo com o Deputado Rogério: não dá para chamarmos isso de rede temática, é uma organização de linhas de cuidado dentro dessa rede, para organizá-la”.

Durante a discussão o Dep. Rogério Carvalho resumiu pontos que serão detalhados nas seções de conclusões e recomendações desse relatório, enfatizando que o conceito de rede não está incluindo hospitais, seriam redes temáticas. Conceito limitado na abrangência dos serviços e no processo de parceria. O Dep. João Ananias mencionou a necessidade de alcançar consenso nas propostas desse relatório, para facilitar tramitação de propostas no Congresso. Também declarou que o SUS é um caminho sem volta.



277F6C0F34

### **G) Reunião sobre sistema de governança intergovernamental e modelo de acordo entre Entes (30/05/11)**

A primeira apresentadora, Isabel Maria Salustiano Arruda Porto - Promotora de Justiça de Defesa da Saúde do Ceará / Ministério Público – informou que há um grupo de trabalho de defesa da saúde, no Conselho Nacional do Ministério Público em Brasília, do qual participa, com mais quatro membros. Também foi instalado o Fórum Nacional da Saúde no âmbito do Conselho Nacional de Justiça. Uma resolução do Conselho recomendou que cada Estado formatasse comitês de saúde no âmbito do Conselho Nacional e todos os Estados já estão com seus comitês formatados. Esse comitês abordarão questões que envolvem o SUS e, em especial, a questão da judicialização.

O Conselho Nacional de Procuradores-Gerais criou também um grupo de trabalho que atua diretamente na área da saúde, a Comissão Permanente de Defesa da Saúde - COPEDS, a qual congrega membros do Ministério Público de todos os Estados da Federação e pertence ao Grupo Nacional de Direitos Humanos. Esse grupo tem a Comissão Permanente de Saúde; a Comissão da Infância e Juventude e Educação; a Comissão de Direitos Humanos em sentido estrito; a Comissão de Idosos e Pessoas com Deficiência; e a Comissão de Combate à Violência Doméstica.

Uma das principais atividades desenvolvidas por esses órgãos é a capacitação, por exemplo, a de juízes, de modo que no âmbito desses comitês estaduais, haja um apoio técnico, para que o magistrado, assim que receber uma ação judicial, tenha oportunidade de se municiar de um suporte técnico, o que até hoje não vinha acontecendo.

No Estado do Ceará, não existe nenhuma ação judicial movida por parte do Ministério Público no Estado do Ceará que não tenha tido acompanhamento da Secretaria de Saúde. O comitê vai aferir a prescrição e dizer se concorda ou não, encaminhando para a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública. É isso o que pretendem disseminar em todo o País, para eliminar a questão da judicialização. Também desejam realizar parceria com o Ministério e com os gestores.

Destacou que a judicialização não é realizada apenas pelo Ministério Público, pois também atuam a Defensoria Pública e a advocacia



277F6C0F34



particular. Por exemplo, foi detectado, juntamente com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, um escritório de advocacia que estava conveniado com distribuidores de medicamentos.

Um exemplo de parceria com o Ministério da saúde foi o caso da toxina botulínica chinesa. A Secretaria de Saúde fez uma licitação, e venceu a marca chinesa. Mas os próprios prescritores do serviço público estavam se recusando a fazer a aplicação, pois alegavam que outra marca era melhor. A Anvisa foi contactada e informou que não havia contraindicação. De posse da informação, foi divulgado que haveria investigação para os que continuassem a se recusar, de modo que a resistência à prescrição desapareceu.

Também citou exemplo de incentivo à judicialização, que vem da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos da Secretaria-Executiva. A Resolução CMED nº 4, de 18 de dezembro de 2006, que trata do coeficiente de adequação de preços e sua aplicação, estabelece que, em todos os produtos comprados por força de ação judicial, independente de constarem da relação de que trata o artigo 1º, que aborda a aplicação, decorre um abatimento em torno de 24,9%. Muitas secretarias, estaduais inclusive, estão procurando o Ministério Público porque, através de uma decisão judicial, vão conseguir comprar a medicação por um preço mais barato. Então, quando se fala da judicialização e de como evitá-la, é preciso considerar o componente da regulação de medicamentos.

Mencionou questões em que não adianta judicializar, pois não existem os serviços necessários. Por exemplo, as filas para cirurgias não podem ser reduzidas se não há os leitos de retaguarda para o pós-operatório. Também abordou a necessidade de agir sobre determinantes sociais da saúde, como alimentação, moradia e saneamento básico.

Quanto ao controle social, considera que “é um controle de faz de contas”. “Nós temos realizado conferências e mais conferências. O Ministério Público acompanha conferências municipais, acompanha conferências estaduais, vem para as conferências nacionais, mas, se observarmos, há uma repetição de todos os reclamos. E o que é feito daquilo que é deliberado em uma conferência?” O Ministério Público tem um projeto para fazer a capacitação dos conselheiros. Mas “tem de haver também divulgação, para a própria população, do que ela pode contribuir para o SUS”.



A segunda apresentadora, Lourdes Lemos Almeida - Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS -, abordou o tema do sistema de governança intergovernamental e o modelo de acordo entre entes. Iniciou comentando as atribuições dos entes federados, que estão previstas nos artigos 15 a 19 da Lei nº 8.080, de 1990. A União está com a atribuição da cooperação técnica e financeira; de elaboração de normas; e de acompanhar, controlar e avaliar ações e serviços. O Estado tem a atribuição de prover as ações e os serviços de saúde no sistema estadual de saúde; de coordenar esse sistema, além de outras atribuições complementares, com oferecimento de algumas ações e serviços de saúde. O Município é o executor das ações e serviços de saúde, pode ser chamado de gestor primordial.

Desde 2006, os Estados, os Municípios e a União estão trabalhando com o Pacto pela Saúde, por meio do qual os gestores devem definir, no termo de compromisso de gestão, as responsabilidades que vão assumir no que se refere ao atendimento da população; o tamanho do sistema que vão governar; as responsabilidades que assumem perante a população em relação aos serviços e as ações que vão oferecer, dependendo do recurso financeiro e da rede de serviços que tenham.

Nesse termo de compromisso, que é assinado pelos gestores estadual e municipal, estão expressos os compromissos que serão realizados durante um ano e deveria ser atualizado a cada ano. Num sistema criado pelo Ministério da Saúde, o SISPACTO, são registrados esses compromissos. Contudo, atualmente não há uma avaliação desses compromissos com base em resultados. O desafio é que haja um sistema de informação, que possa monitorar e avaliar as responsabilidades assumidas pelos gestores, nessa pactuação intergovernamental e “interfederativa”, o qual possa avaliar resultados e não apenas o que e como foi cumprido e se há ações que deveriam ter sido oferecidas. Ou seja: qual é o resultado que está sendo obtido no atendimento da população? Então, este é um dos desafios: o monitoramento e a avaliação olhando para os resultados.

A respeito do padrão de integralidade observado atualmente no SUS, todas as necessidades da população não estão sendo satisfeitas. Não, porque a rede de serviços não está organizada para tal. Há grandes buracos de assistência em vários lugares do Brasil e muitas vezes a população tem que se deslocar por grandes distâncias para ser atendida em alguns procedimentos importantes, mais de alta complexidade.



Outro desafio é a ação integrada entre municípios. A regionalização imaginada em 2006 era viva e não apenas administrativa e burocrática. Os Estados precisam coordenar o atendimento do cidadão, a atenção à saúde do cidadão nas regiões de saúde porque ele é o gestor do sistema estadual, ele tem a capacidade de enxergar o sistema como um todo. E esse Estado precisa ser gestor — ele não pode ser prestador de serviços —, de preferência. Quando se fala em região de saúde viva, entende-se um fórum para que os gestores municipais possam discutir como vai funcionar aquela região, planejar e montar uma agenda de discussão. Essa é uma proposta que vem do Pacto pela Saúde e estão sendo desenvolvidos avanços no Ministério da Saúde, como criação de novos instrumentos que deem mais vigor e mais capacidade de regulação, de avaliação e de monitoramento ao Pacto pela Saúde, para que ele possa funcionar melhor e para que se possa observar melhor os resultados para o cidadão. Então, o desafio da regionalização, enquanto o locus onde nós vamos trabalhar o atendimento, a atenção à saúde do usuário, e enquanto locus onde os gestores vão poder conversar, é importante e deve ser considerado.

Destacou que foram realizadas duas avaliações importantes do Pacto pela Saúde, uma delas no ano passado, em que se concluiu que há necessidade de uma relação intergovernamental mais vigorosa, de uma relação em que os gestores possam expressar melhor os seus compromissos assumidos, em que fique mais claro esse pacto entre os gestores, de um documento em que se possa fazer um trabalho de melhor acompanhamento dos resultados.

No SUS a prestação de contas deveria ocorrer por meio do relatório de gestão e este tem que expressar melhor os resultados obtidos. Temos obtido bons resultados no SUS, mas eles não estão expressos nesses relatórios. Estamos produzindo relatórios de gestão burocráticos para atender a um ritual, a algumas obrigações.

O terceiro apresentador, Alexandre Kalil Pires - Diretor do Departamento de Articulação e Inovação Institucional da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão -, mencionou que o Ciclo de Debates é um conjunto de debates que o Ministério do Planejamento e o Ministério Público promovem para discutir temas de Direito e Administração Pública. Mencionou que uma das idéias ainda não implantadas, que surgiu nesses debates, foi a criação de “câmara de descompressão”, para resolver os problemas sem que seja necessário abrir ações.



Considerou que os relatórios de gestão são burocráticos porque eles têm que ser burocráticos. A relação entre burocracias é burocrática. “O que falta — entrando na discussão de governança — é repensar o nosso papel com a sociedade, a nossa governança. Na nossa discussão, é preciso estabelecer o que deve constar de um relatório. A sociedade tem que ser escutada. Se não, nós vamos escrever apenas o que nos coloca numa posição de conforto. Isso é também subproduto da judicialização. Então, essa relação é absolutamente defensiva da burocracia”. O ponto central seria: repensar as relações internas de governo. “Nós temos que abrir esse espaço, que não está colocado para a sociedade hoje. Verificamos que os nossos conselhos são compostos de indicados diretamente; não há um ‘empoderamento’ direto da sociedade”.

Uma questão técnica importante sobre a coordenação em nível de governo, é a coordenação dos diversos PPA. Há mecanismos superinteressantes, como é o caso do consórcio público — e a área da saúde foi uma das que efetivamente deram vida à ideia do consórcio público —, mas também tem os seus defeitos.

Também comentou a respeito da transparência no setor público. Citou uma iniciativa que ocorreu no Ministério do Planejamento no final do ano passado: a elaboração de cartas de serviços, por meio das quais as organizações explicitam os serviços que prestam e em que condições, prazos etc. Essas cartas de serviços já foram elaboradas na área de saúde pela ANVISA e ANS já as fizeram. “Não é uma atividade fácil elaborar esse compromisso, mas, uma vez elaborado, é compromisso, dá base para esse debate inclusive em relação a prazos. Não é um processo imediato, é um processo evolutivo. Algumas cartas de serviços são simplesmente em relação a “eu presto esse serviço”. Muito bem. A fase seguinte é sabermos em que condições e em que termos. Essa é uma evolução que podemos conseguir em diversos níveis e vai ajudar nesse debate de pactuação”.

Sobre a discussão da obrigatoriedade entre entes, é preciso considerar que a discussão de pactuação se dá entre iguais. “Nesse sentido, por mais que tenhamos ansiedade em querer ter um pacto tecnicamente certo, não podemos utilizar a obrigatoriedade, independentemente da questão legal em si. Eu fiquei pensando quando escutei essa questão, porque já fui advogado dessa ideia; eu já defendi a ideia da obrigatoriedade de certos tipos de planejamentos, mas a realidade me humilhou e, nesse sentido, me fez humilde. Quando essas



pactuações são obrigatórias, geram subpactuações. Ninguém coloca além daquilo que pode — na verdade, coloca menos para garantir que, em hipótese alguma, será responsabilizado. Isso nos levaria a um sistema subativo, muito mais burocrático do que o que temos hoje”.

“E me parece essencial esse mecanismo de cobrança social. Esta é uma Casa política, e, no elemento da pactuação, o principal fator de pressão é o fator político. Transparência é o elemento com que se pode dizer o seguinte: “Olhe, nesse Município ocorreu um compromisso dessa qualidade e ocorreu isso”. Se for possível, pela obrigação de transparência, e não de pacto, informar o que foi feito: “Você não fez o que o Município vizinho ao lado fez em iguais circunstâncias. O preço político a ser pago não será pequeno”. Esse preço pode modificar o comportamento, muito mais do que a obrigatoriedade do ato legal”. “Nesse sentido, a participação social tem que ser enfatizada em todos os elementos”.

Sobre o controle social mencionou que “eles são representantes da própria elite”. “Conselhos do SUS serem representados por pessoas que não vão usar os serviços do SUS é algo meio estranho. O representante nunca foi a um hospital público. Isso é incoerente. Temos que estabelecer algum nível de processo de escolha que nos permita dizer o seguinte: ‘Essa pessoa representa essa realidade e, portanto, pode falar por ela’”.

A quarta apresentadora, Valéria Alpino Bigonha Salgado - Diretora Substituta do Departamento de Articulação e Inovação Institucional da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão -, ressaltou a predisposição, sempre em parceria com o Ministério da Saúde, em estabelecer canais de diálogo mais efetivos com os órgãos da Justiça e, especialmente, com o Ministério Público. Também destacou que a estrutura de organização e funcionamento da administração pública ainda se rege muito pela percepção do ente federativo estanque em relação ao outro, apesar de termos mecanismos de cooperação. E desde que o SUS veio estamos rompendo barreiras. Então, precisamos migrar dessa lógica do ciclo de gestão — planejamento, implementação, acompanhamento, avaliação e controle —, tudo isso precisa ser repensado numa lógica mais federativa de compartilhamento de responsabilidades, e na questão dos formatos organizacionais, porque os nossos formatos organizacionais são pouco aderentes a esquemas federativos de atuação e a esquemas mais participativos, com o controle social.



Destacou que a qualidade do pacto vai depender da capacidade, da qualidade da cobrança. Essa questão da participação social dentro das instâncias públicas é um dos caminhos que podem levar à qualidade dos resultados, porque só quando se cobra se conseguem resultados. Sobre o consórcio, a experiência de Minas Gerais para se adequar à lei do consórcio tem sido de dificuldades para que os consórcios se legalizem.

Destacou que o Ministério do Planejamento, até por conta do que tem aprendido com o Ministério da Saúde, tem estimulado a criação de instâncias de controle social dentro das organizações: se presta serviços, tem de ter uma instância de controle social, e controle social por parte do usuário mesmo. Pode se dar também por audiências públicas, mas é muito importante que exista dentro das instituições. “Nesse aspecto, é interessante notar que, para exercer controle social, a pessoa precisa ter capacitação política, saber o valor desse controle, e isso só vai ser conseguido por meio da abertura dessas instâncias. Nesse sentido, vemos o Ministério Público como um dos grandes aliados. Como defensor das instituições democráticas, entendemos que, se conseguíssemos nos aliar a ele — nós, estimulando a criação das instâncias de controle; ele, velando por seu funcionamento —, conseguiríamos tirar o melhor do controle”.

A quinta apresentadora, Maria Roseli de Almeida Pery – Promotora de Justiça, do Ministério Público do Tocantins – abordou o planejamento no SUS. A lei prevê que o gestor é obrigado a ter os planos de saúde e os relatórios de gestão. Os secretários não são obrigados a pactuar. Quando os pactos foram lançados como uma ideia inovadora, houve um movimento contrário à adesão e nem todos os secretários pactuaram.

Se os gestores não pactuam, não há como cobrar aquilo que está previsto em lei. Sugeriu que seja utilizada a experiência do PLANEJASUS e que existam leis que exijam que os gestores planejem, alcançando esses resultados, aí sim será possível se falar em cobrança de resultados. Também sugeriu que os instrumentos de controle de que o nosso País dispõe hoje, seja em termos de auditoria, seja em termos de monitoramento, a exemplo do que ocorre nos Tribunais de Contas (que sempre que julgam as contas encaminham para os Ministérios Públicos correspondentes), também encaminhem os instrumentos para os Procuradores-Gerais de Justiça. Muitos dados neste País são desperdiçados. “Se nós tivermos uma lei que torne obrigatória a remessa desses instrumentos de controle, periodicamente, aos respectivos Ministérios Públicos, vamos municiar o órgão que tem o poder de cobrar”.



Sobre a regulação da porta de entrada, considera que o prazo para garantir ao usuário recuperar a saúde, seja diagnóstico, exame laboratorial, imagem, seja cirurgia eletiva, é de suma importância, até para evitar que essa regulação de leitos seja feita por meio de decisões judiciais. “Quando existe uma demanda do Ministério Público ou da Justiça, a mesma acaba interferindo na regulação, e aquela pessoa que não tem quem interfira por ela dá passos para trás. A gestão que tem de discutir sobre esses prazos. Com a adoção de prazos, o gestor é fortalecido para enfrentar ingerências.

A sexta apresentadora, Mônica Sampaio de Carvalho - Coordenadora-Geral de Contratualização Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE -, iniciou abordando o acordo entre os entes. Atualmente, o Ministério da Saúde, junto com os entes federativos, utiliza o mecanismo do pacto pela saúde como mecanismo de pactuação entre os entes federativos.

Esse mecanismo representa avanço em relação à década de 90, em que ocorreu o processo de descentralização das ações dos serviços de saúde, no qual havia certa estratificação, certa hierarquia oculta entre os entes federados, quando se denominavam todas aquelas categorias previstas na norma operacional de assistência à saúde. O pacto procurou superar isso, pelo menos de forma conceitual, colocando que todo gestor é pleno dentro das suas competências, ou seja, não existe um gestor mais pleno e outro menos pleno. Isso quer dizer que todo gestor tem responsabilidades plenas dentro das suas competências pactuadas e das suas responsabilidades pactuadas no território. Isso foi um grande avanço para o sistema de saúde.

Outra avanço é que se passou a discutir meta, objetivos estratégicos, discutir indicador e pactuar esses indicadores. Ao mesmo tempo, houve uma unificação do financiamento inicial, no qual nós tínhamos 200 formas, que costumamos “chamar de 200 caixinhas, formas de repasses com recurso carimbado, verbas carimbadas, que, de certa forma, engessam a gestão municipal e a gestão estadual” e houve uma agregação em seis blocos de financiamento. Outro avanço do pacto foi a instituição da governança regional, através dos colegiados de gestão regional.

Sobre a questão de a pactuação não ser obrigatória, é preciso considerar que o nosso federalismo compartilhado, onde os entes são autônomos. Daí o desafio de lidar com essa complexidade de relação sem perder



a objetividade dos resultados que o cidadão está esperando do sistema. Essa questão é central. Quando se opera com mecanismos infralegais, como as portarias que instituíram os pactos, não há a segurança jurídica necessária para que o processo transcorra.

Outra questão é que o pacto não se transformou efetivamente numa articulação com financiamento. Pensou-se até no âmbito da discussão, mas o financiamento atrelado à meta e ao indicador não ocorreu. E acontece que as motivações também devem ser dadas a partir de induções financeiras. Claro que isso não é o único foco, mas é preciso pensar na forma de articular o financiamento com metas e objetivos estratégicos para o sistema.

Em relação aos colegiados de gestão regional, estes ainda precisam amadurecer muito mais na agenda do que é o objeto do SUS, que são as necessidades de saúde da população. As agendas se burocratizaram. É preciso repensar a governança para poder dar empoderamento a esses colegiados de gestão regional que já existem e devem ser colegiados com capacidade decisória, inclusive no planejamento estratégico da região.

“O Ministério da Saúde está pensando em construir uma nova proposta que promova o fortalecimento dessa visão que o pacto traz. E toda essa visão interfederativa deve estar em pé de igualdade, mas deve dar mais segurança jurídica, mais compromisso com as metas e os resultados. O compromisso não deve ser apenas de cumprir algo que está estabelecido, com um prazo para entregar ao Ministério, como se fosse mais uma burocracia a cumprir. Que haja essa perspectiva de se fazer algo, e que essas metas, esses indicadores se tornem de fato algo que seja compromisso efetivo do sistema. E aí o monitoramento e a avaliação entram como componentes estratégicos, mas também não como uma obrigação entre os entes federativos”.

“E aí entra a seguinte questão: o processo não é obrigatório, mas quando se institui que o relacionamento entre os entes federados vai se dar a partir de um instrumento contratual, toda a lógica de financiamento está dentro dessa lógica contratual. Ou se uniformiza isso numa linguagem universal para o País, ou fica uma parte do Brasil fazendo um tipo de atenção básica de baixíssima qualidade, outra, um tipo de atenção básica de alta qualidade, e outra, um tipo de atenção básica de baixa qualidade.”

“Estamos propondo esse fortalecimento através do que estamos chamando de contrato organizativo da ação pública. O nome é contrato,





porque organiza a ação pública entre os entes federados. É um contrato diferente do previsto na Lei nº 8.666. Ele não prevê troca econômica, mas tem previsão jurídica, na lei dos consórcios, em que se trata de contrato-programa; tem segurança jurídica, porque vai ser um decreto que regulamenta a Lei nº 8.080, através da Presidência da República; trabalha a gestão por resultados; procura articular os instrumentos, como foi dito aqui, de gestão, o planejamento, os PPAs, o Plano Nacional de Saúde, que é fundamental nesse processo, para que deixemos de ser, pelo menos gradativamente, bombeiros da saúde e passemos a ser planejadores da saúde. Precisamos saber o que nós queremos, dentro desse contexto”.

“O processo de judicialização facilita tanto o trabalho do DENASUS, da auditoria do SUS, como também o trabalho do controle externo. É fundamental estarem, de forma transparente, num contrato interfederativo, para todo o País, previstas as responsabilidades, que podem inclusive ser as mesmas que estão no pacto, em alguns aspectos, só que dando uma materialidade, uma objetividade maior dentro desse processo”.

“Por fim, em relação à governança, é preciso pensarmos realmente esses mecanismos de governança, com fortalecimento. O Ministério está pensando em fortalecer as regiões de saúde. É por isso que a proposta dos contratos organizativos é no sentido de que façamos por região de saúde, para que envolva União, Estados e Municípios naquela região, a fim de que a gente possa cada vez mais fomentar o território, trazer investimentos para o território”.

“E o mapa da saúde ... vai dar, inclusive, essa perspectiva de identificação desses vazios assistenciais no território, e, a partir disso, a gente vai fazer um planejamento mais ordenado, inclusive combinando o planejamento, as emendas Parlamentares, de forma mais organizada e mais bem estruturada, para fortalecer outros territórios e as regiões”.

“Do ponto de vista também da regulamentação da Lei 8.080, saindo desse tema e indo um pouco para o da judicialização, o Deputado Rogério está aqui e sabe, porque conduziu, lá na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, uma experiência exitosa que trata do padrão que regulamentou o sistema estadual de saúde. Eu acho que também os Estados precisam pensar nisso, e o Ministério também vai fomentar que os Estados façam as suas reformas legais, a fim de que se defina esse padrão de integralidade e, a partir daí, haja comissões que façam justamente essa avaliação tecnológica de



incorporação ou não de tecnologias, a partir de uma racionalidade que olhe a necessidade de saúde, que olhe a parte financeira, porque os recursos são finitos, e que olhe também, de certa forma, a necessidade de crescimento tecnológico e científico para o Sistema Único de Saúde”.

O Ministério da Saúde precis “apoiar os Estados na organização das suas relações estaduais”. O Ministério vai ter uma lista nacional como padrão, “mas os Estados devem ter as suas listas estaduais, e os Municípios as suas relações municipais, para, a partir daí, irem dialogando com o Ministério Público, com os órgãos de controle, na perspectiva de ser um processo dinâmico, gradativo, de incorporação de tecnologia. Não é algo estático, é algo dinâmico”.

“Essa incorporação deve ser gradativa, racional e, de certa forma, deve dialogar com o financiamento, porque também não adianta estabelecermos o compromisso de que vamos fornecer determinada ação e serviço se também não há o compromisso com o financiamento. Quem é que vai bancar determinada ação em determinado serviço de saúde?”

Sobre a regulamentação da Lei nº 8.080, por meio de um decreto presidencial, destacou que a mesma não tem o objetivo de regulamentar tudo. Por exemplo, não vai regulamentar o financiamento, porque o Congresso já está com uma pauta importante, a regulamentação da a Emenda Constitucional 29. Mas vai regulamentar aspectos organizativos do sistema, o conceito de redes, o conceito de regiões de saúde e a discussão do mapa da saúde do Brasil.

O Ministério pretende construir o mapa da saúde do Brasil e fomentar a discussão no âmbito dos Estados e dos Municípios, para que construam seus mapas estaduais e municipais. Em cima disso, serão construídos mapas de metas e valorizado o planejamento. Esse mapa, que não é apenas de estrutura física, tem que cruzar cobertura assistencial, vazios assistenciais, indicadores, metas e mapas dos profissionais de saúde. “Não adianta dizermos que vamos construir um hospital, colocarmos no mapa de metas que é preciso um hospital em determinada região se não temos profissionais de saúde, se não temos médicos. Então, é preciso avaliar isso tudo”.

“E isso está no decreto, ao mesmo tempo em que regulamenta a governança do SUS no que diz respeito aos colegiados — que agora vamos corrigir para Comissões Intergestores, porque foi aprovada uma lei sobre as Comissões Intergestores, e a lei é superior hierarquicamente ao decreto.



O decreto presidencial vai regulamentar as Comissões Intergestores Bipartites, estaduais e regionais, reconhecendo o que o pacto já trazia, os Colegiados de Gestão Regional. Vai regulamentar também as Comissões Intergestores Tripartites, porque todas essas comissões — é de ficarmos pasmos o tempo todo — eram regulamentadas por portaria. Então, se qualquer Governo for descomprometido em relação ao SUS, pode não mais reconhecer essa Comissão. Ou pode, simplesmente, deixá-la funcionar, mas sem lhes dar um espaço decisório. Por isso, sua importância”.

Sobe a governança, considera que precisa ter âmbito político e técnico. O âmbito político é o da governabilidade, das forças políticas e dos interesses. Também há a governança no território, como os Colegiados de Gestão Regional que existem no SUS. Eles não podem apenas se deter nesse âmbito político. Eles também têm que desenvolver o seu âmbito técnico, a capacidade de Governo. Não há governança sem governabilidade e sem capacidade de Governo. A capacidade de Governo é a capacidade de planejar e definir os investimentos corretamente, de definir prioridades, metas e objetivos estratégicos do sistema de uma forma tripartite.

“O conceito de regiões de saúde já foi desenhado pelo pacto, e trouxemos toda a conceituação do pacto para o decreto. Evoluímos ao entender que temos de produzir integralidade nesses territórios e ter o maior número de políticas — políticas que vão desde atenção básica a atenção psicossocial e atenção especializada dentro do território”.

O planejamento de saúde regional deve ser integrado, com enfoque para as regiões. “Hoje, na verdade, o Plano Nacional de Saúde não conversa com o Plano Estadual, que não conversa com o Plano Municipal, que não conversa com o regional, e os PPAs não conversam com os planos de saúde”.

“A Relação Nacional de Serviços de Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos já existem com a perspectiva de abranger o tema do padrão da integralidade. O contrato é o fecho final desse processo, ou seja, um acordo de vontade entre os entes signatários para a produção desses objetivos estratégicos, articulando o financiamento do SUS a esse processo”.

A posição do Ministério relativamente a esse processo de pactuação é que o contrato organizativo consiste num processo pactuado, não de obrigatoriedade. “Uma vez pactuados, os entes assinam um contrato e se



comprometem a cumpri-lo. E esse contrato passa a ser objeto de controle social e de controle de gestão entre os três entes”. “Agora, é preciso que, uma vez pactuado, isso seja cumprido. O que está ocorrendo é que se pactua, e o que se pactua não se cumpre ou vira peça burocrática, quase peça de museu”.

“Estamos também pensando em um indicador de garantia de acesso, o qual, aliás, está em consulta pública até o final de junho. É importantíssimo que todos participem. E, nesse particular, o Deputado Rogério traz também uma contribuição importante, que vamos levar ao Ministério”. O selo em defesa da vida está previsto também no contrato organizativo de ação pública. Trata-se de premiar as boas práticas de gestão do SUS”.

O Ministério da Saúde também definirá algumas agendas prioritárias para que elas se transformem em políticas de Estado. “Então, uma definição da política de atenção básica, que foi recentemente apresentada na tripartite, assim como algumas redes que são mais linhas de cuidado, dentro de uma rede de atenção, algumas redes prioritárias, que têm o nome de fantasia, podemos dizer assim, de Rede Cegonha, de Rede de Prevenção do Câncer de Colo do Útero, de Rede da Saúde Mental. Na verdade, visam criar dispositivos para que possamos trazer essa temática das redes e da contratualização delas no território com os três entes federativos”.

Destacou que decreto e lei são dispositivos, mas que é preciso construir na União, Estados e Municípios, instrumentos operacionais e efetivos da aplicação dessas normas.

O sétimo apresentador, Luís Carlos Bolzan - Diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS -, tratou do tema da governança interfederativa e da judicialização. Sobre este último ponto, duas iniciativas do Ministério, ajudam a evitar ou a diminuir um pouco a judicialização. Uma delas é o banco de preços em saúde, o qual permite que o Município, o Estado e a própria União, a cada compra que façam de medicamentos, por exemplo, possam fazer o registro dos preços que conseguiram adotar para fazer a sua compra. Se as gestões como um todo pudessem alimentar esse banco de preços, certamente estariam utilizando um instrumento de gestão importante para se defenderem de alguns mecanismos de cartelização, porque isso ajudaria a dar uma referência mais padronizada no País inteiro, nos diferentes territórios, dos preços praticados pelos prestadores. Essa é uma dificuldade que o Departamento de Economia da



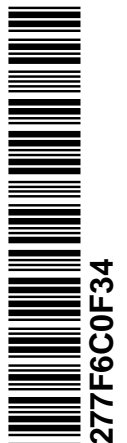
Saúde tem, no sentido de alimentar esse banco de preços com as informações que os Estados e Municípios venham a praticar.

Outra experiência, criada no ano passado, foi o instrumento virtual para poder registrar o relatório de gestão, o SARGSUS. Este “possibilita o acesso universal da população em geral e dos gestores ao relatório de gestão que se encontra no sistema virtual. Ele pode ser alterado a qualquer momento que o gestor entender que deva, desde que o submeta ao devido Conselho de Saúde, e permite muito mais do que o mero registro formal. Há campos onde ele pode discorrer sobre resultados, inclusive com outras informações que ele achar interessante, que pode disponibilizar de forma transparente para o todo o País e o mundo, porque está na Internet”.

Sobre a governança, os gestores do SUS, precisam fortalecer uma cultura de planejamento, monitoramento, controle e avaliação de resultados que não existe no SUS. “A governança se dá muito além da relação entre esferas de Governo ou de Estado. Isso é a mera gestão, que está ultrapassada e viciada, que não consegue trazer resultados. A governança se estabelece na relação entre diferentes esferas do Estado, entre diferentes instâncias do Estado, não só do Executivo, mas também do Legislativo, do Judiciário e do Ministério Público. E, muito além do Estado, ela se estabelece na relação com a sociedade civil. E por isso ela não é apenas gestão, é governança. Ela se estabelece na relação da sociedade civil não apenas na hora de fazer o seu planejamento, no processo de elaboração desse plano, mas principalmente na hora de prestar contas, na hora de ter a transparência e mostrar: ‘Chegamos a este resultado através desse processo’. É para isso que temos que caminhar”.

Sobre o controle social, considerou-o processual, meramente formal. “Porque talvez ainda não tenhamos entendido que a relação com o controle social não se dá pela gestão e, sim, por um processo de governança”. “Quando nós, gestores das três esferas, das diferentes instâncias do Estado brasileiro, conseguirmos estabelecer essa relação, esse grau de comunicação e interação com a sociedade civil, talvez — ou seguramente, dependendo de como vamos pensar isso — saíamos desse patamar em que hoje estamos, de processos de judicialização insistentes. E não cabe só ao Ministério Público tentar resolver isso, mas também a nós gestores”.

Considera que a transparência protege a boa gestão e o bom gestor e garante a governança.



Durante a fase de discussão, José Naum de Mesquita Chagas - Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde -, observou que as discussões desenvolvidas na Câmara têm sido muito interessantes. Considera que a discussão sobre o financiamento do SUS e a regulamentação da Emenda 29 já se tornaram prolixas. Destacou que a questão da responsabilidade sanitária é uma proposta que integra outra, integra governança, qualidade e financiamento.

“Se pensarmos na forma de execução hoje, perceberemos que os Municípios estão sendo, de certa maneira, penalizados pela forma de implementação do SUS, quando ocorre a descentralização. A esfera federal, que continua na formatação de políticas, projetos, programas e ações, diminui o seu compromisso de contratação e acaba gerando um superávit de peso para os Municípios nessa contratação, que hoje varia entre 60% e 70% da receita corrente líquida do Município, só com gasto com pessoal”.

“Isso é um dos problemas que hoje os Municípios enfrentam no País inteiro. Por quê? Porque houve uma inversão da distribuição de contratações. Se formos avaliar o tempo de existência do SUS, verificaremos que os Municípios saem de 40% da responsabilidade de contratação de pessoal para 80% hoje. E a esfera federal praticamente está só com 9% do total de pessoal do SUS”. “Então, onde está essa responsabilidade também na prestação ou na assistência no âmbito federal? Não há. Sendo que também não há no repasse, já que ela apenas complementa, ela não financia plenamente os programas que ela própria desenvolve e propõe, ou cobra que o Município ou o Estado os implemente. Então, são algumas avaliações que integram essa reflexão da qualidade do SUS”.

A Deputada Célia Rocha mencionou que no Estado de Alagoas municípios têm dificuldades de lidar com o gestor estadual, “que não quer dividir poder, que não quer abrir mão de poder, que quer que alguma coisa fique centralizada na sua mão, para que ele possa, em determinado momento, em alguma situação, fazer qualquer tipo de barganha política”. Destacou que o “usuário deveria ser o foco, mas, muitas vezes, não é. Então, perde-se a noção dessa integralidade de atenção, a coisa vai ficando pela metade, e ninguém se sente responsável”.

Também mencionou que enquanto algumas regionais estão sobrecarregadas outras não executam os recursos disponíveis. “O Ministério



pensa que o Estado não precisa de dinheiro” mas “metade do dinheiro está lá, guardado nos cofres” ou sendo aplicado de forma não consensuada

Sugeriu que o Ministério acompanhe os gastos dos Estados. “Está faltando que as pessoas assumam seus papéis, mesmo no âmbito local, como gestores Municipais, e também no âmbito estadual e no âmbito federal, como gestores maiores e que precisam acompanhar o setor, principalmente de um Estado pobre, o mais pobre da Federação (Alagoas), e que precisa que as pessoas olhem para ele de uma forma diferenciada”. “É a história que eu conto todo dia: temos de tratar os diferentes, os desiguais, de maneira desigual, senão a igualdade nunca vai ser alcançada”.

Ainda complementou: “sabem por que no pacto em defesa do usuário nada aconteceu? Porque eu tenho plano de saúde. Nós todos temos plano de saúde. O Governo Federal paga planos de saúde. Então, quem é que está defendendo o SUS? Quem não tem nem voz para defender o SUS. Nós que deveríamos ser a voz dessas pessoas temos o nosso plano de saúde privado. Então, aquela partezinha do pacto não aconteceu porque o usuário, aquele que precisa desse SUS, não tem voz para demonstrar isso, e nós, muitas vezes, nos calamos”.

O Deputado Darcísio Perondi destacou que precisamos de atitudes já e também de avaliação e controle. Também é preciso acordar a sociedade, não só o controle social. “Quanto à revisão da revisão do SUS, o Deputado Rogério veio com essa tese em fevereiro e eu me assustei nas primeiras reuniões, mas agora eu a abracei. Meus parabéns a todos.”

Sobre o financiamento da saúde, mencionou que até bem pouco tempo havia silêncio no controle social. “Há, de fato, uma posição muito fria ainda da área econômica — Planejamento, Fazenda —, não da saúde”. “Quando, em 1999 e 2000, nós vencemos na questão da Emenda 29, dava para ver a raiva e a braveza. Parecia que os técnicos tinham sido derrotados, perdido a mãe, o pai, a esposa e o filho. Tanto é que depois, no Senado, tentaram explodir — 10 meses depois, quando a matéria foi para a pauta do Senado. E isso se repete, de novo. Isso é um processo. E eu acho que a sociedade está silenciosa. A eleição acabou. A eleição acabou. Nós temos que nos juntar agora pelo SUS, como estamos fazendo aqui. Acabou. Então, essa é a minha tese”.



Também destacou a questão da transparência. “Tem havido irresponsabilidade do contratante, não do contratado. Isso pode valer para o Prefeito que se queixa do PCF, que tem de aumentar o valor do PCF, sim. Os Prefeitos gastam muito e gastam mal. Eles estão segurando o processo. Eu não sei o que seria do SUS se não houvesse os 15%, no mínimo. Eu não sei o que seria do SUS. Mas os Prefeitos têm que gastar melhor, bem melhor. Agora, estão sobrecarregados”.

Sobre a contratualização, mencionou: “que belo projeto gestado! Começou com o então Ministro Humberto; depois, os outros Ministros deram uma pincelada; e Temporão, à época em que também era Ministro, avançou na contratualização, no estágio universitário. Depois, os privados não lucrativos e alguns lucrativos que atendem pelo SUS também. Mas há 4 anos é tudo igual! O setor privado não lucrativo não suporta mais”. Disparou o custo, mas contratualização não é revisada. “E, no caso de Governos Estaduais que não a cumprem por razões de ordem política, os Governadores não são enquadrados”. (...) “Estamos longe ou perto de uma solução? Eu sou esperançoso. Acho que estamos perto. Esses encontros aqui me dão esperança”.

A Deputada Rosane Ferreira destacou que todos os dias deputados discursam sobre a regulamentação da Emenda 29. No caso do Paraná, o orçamento estadual indicava 13% de gastos com a saúde. “Quando íamos especificar, esmiuçar isso, não chegavam a 6%, porque dentro da rubrica orçamentária cabia tudo: saneamento básico, leite das crianças, vigilância sanitária animal, etc. No grande bojo, tudo é saúde.” “Mas, na hora, faltam os recursos para a assistência propriamente dita. Então, regulamentar a Emenda 29 é fundamental”.

Com relação aos Conselhos de Saúde, de todos os conselhos, de todo o controle social, o Conselho de Saúde ainda é o mais efetivo, “mas nós precisamos muito do Ministério Público, para que eles sejam deliberativos, não apenas consultivos e legitimadores. Às vezes, precisam dar uma declaração no último dia para o Tribunal de Contas, para que haja a aprovação, e vão lá e assinam os documentos os conselheiros, muitas vezes pressionados, porque, quando eles questionam, o gestor diz que eles estão





inviabilizando. Se há questionamento, ‘olhe, isso vai parar. Se vocês questionarem muito, nós vamos parar de comprar. Aí quem vai se responsabilizar? Se vocês questionarem a prestação de contas, não vamos abrir aquela unidade’. Então, existe uma barganha. A saúde é muito sensível e susceptível a interferências. Então, o papel do Ministério Público é fundamental na capacitação e na legitimação dos Conselhos de Saúde”.

O Deputado João Ananias mencionou que unir três entes federados autônomos, distribuir competência entre eles, sem ter um instrumento jurídico, um instrumento legal que estabeleça obrigações, é muito complicado. “A obrigação está muito conceitual. A Constituição diz que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, mas, até que esse dever ponha os pés no chão nos quatro cantos deste Brasil é muito difícil. Então, isso é muito teórico”.

“Na concepção teórica do SUS, o controle social tem um papel fundamental. Mas o controle social foi arregimentado em gabinetes. Como é que o controle social poderia cobrar, por exemplo, mais acesso, mais abrangência, mais qualidade? Como ele iria cobrar? No Brasil, ainda vivemos resquícios de um Estado autoritário. Quando o Ministério da Saúde edita milhares de portarias, isso é resquício do autoritarismo do Estado. Como ele pode editar portaria para um ente autônomo que é igual a ele? Portaria não tem força de lei, principalmente quando se trata de um ente igual. E ele continua fazendo isso, fez isso a vida toda. Então, vivemos ainda sob esse equilíbrio entre os entes”.

“Por outro lado, não vamos aqui só criticar só, não. Os Municípios ainda estão com uma cultura de principado, da época medieval. No meu Estado, o Ceará, eu propus o primeiro consórcio público. Nós o fizemos — eu era Prefeito de uma cidade pequenininha — com mais sete Municípios, quando não existia a lei. Aí aqui quero discordar do que disseram, de que depois da lei ficou mais difícil fazer consórcio. Muito pelo contrário. Precisam ler a Lei dos Consórcios. Precisamos um dia trazer aqui o Dr. Wladimir Ribeiro, uma das pessoas que ajudou o Governo Lula a preparar essa lei”.

“Essa lei é um diferencial dos consórcios. Ajuda nos prazos, nos valores das licitações. É um avanço importante. O Ceará está aí para



mostrar. Todas as 21 regiões estão constituídas geograficamente. O Plano Regional de Saúde não foi em nada ferido, mas nós construímos consórcios para empoderar mais os Municípios — consórcios públicos de Direito Público”.

“O Rio Grande do Sul fez consórcios públicos de Direito Privado, depois teve que voltar atrás. Os que tinham feito consórcio público de Direito Privado tiveram que voltar atrás, porque o Poder Público não pode mandar dinheiro para eles, não pode aplicar; no outro caso, pode. Essa a diferença”.

“Então, precisamos, através dessa caminhada, que é lenta, penosa, porque estamos aprendendo, convivendo com impossibilidades, ir avançando. Como imaginar que um Município que tem 30 mil habitantes e outro, a 20 quilômetros, que tem 20 mil, queiram cada um deles ter um aterro sanitário e um matadouro público, quando se poderia, com um aterro público e com um matadouro público, resolver o problema dos dois? Quanto a equipamentos de saúde, se cada um quer um hospital, como vamos bancar isso? E hospitais de pequeno porte sem resolutividade nenhuma. Então, vivemos ainda essa situação”.

“E o controle social, com uma participação consentida... Eu coloco sempre isto: controle social só vai até aqui. Passou daqui, ultrapassou os seus limites, começa a me incomodar, como gestor. Então, tem de parar por aí. Essa que é a questão. Como os conselhos municipais podem cobrar nada, se o Prefeito destitui os conselheiros por telefone? Então, ainda temos muita coisa a avançar”.

“E o controle externo é complicadíssimo, porque, uma das convidadas disse, são entes autônomos”. “Existe uma responsabilidade sanitária, queiramos ou não, mas não tem como cobrar, não há gestão por resultados, não há absolutamente mecanismos legais para poder cobrar, para poder punir. E, no Brasil, a impunidade é porta aberta para mil e uma coisas, não precisa nem comentar”.

Também citou, como exemplo do pouco suporte da sociedade as demandas sobre a saúde, que a pauta da CUT chegou há 2, 3 meses na Comissão de Seguridade Social e Família e “dos 11 pontos que a CUT trouxe, nenhum — nenhum — tratava, por exemplo, do financiamento do SUS ou



do SUS”. “Eu não estou aqui a criticar. Eu sou do PC do B, ao qual a central sindical é ligada. Eu levei essa questão para São Paulo. Fui a uma reunião com eles e disse: ‘Como é que vocês se arvoram de defensores dos trabalhadores brasileiros e não consta na pauta de vocês nada sobre a saúde pública, sobre a questão do SUS, sobre reafirmar a importância do SUS e, portanto, lutar para que ele seja mais bem financiado?’”.



277F6C0F34

## H) Reunião sobre recursos humanos (16/06/11)

Jadete Lampert, presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), relatou as principais preocupações de sua instituição associadas à formação do médico na graduação e, em particular com as diretrizes curriculares, para que ocorra uma aproximação com a prática, com a assistência.

Dois elementos indispensáveis nessa aproximação são o docente e o preceptor. Em relação aos primeiros tem sido observada uma precariedade em sua capacitação no processo ensino/aprendizagem para essa aproximação com o serviço. Do ponto de vista do preceptor que recebe a escola lá no serviço, em geral, não possuem uma visão de modelo profissional, que promova a referida aproximação. Os estudantes não enxergam na prática, alguém que possam ter como modelo em sua formação. Geralmente, eles se espelham nos especialistas ou super especialistas que estão presentes dentro do Hospital Universitário.

“Então, essa construção do sistema de saúde que quer valorizar a porta da entrada, seja da emergência/urgência, seja da atenção básica, precisa ter uma legislação que efetivamente valorize esse profissional. É necessário que eles tenham reconhecimento social, econômico, cultural lá na entrada; que eles realmente se portem como um modelo; que apareça como um modelo desejado, respeitado pela comunidade. Esse é um aspecto que aparece bem evidente nas nossas pesquisas, no nosso trabalho de avaliação institucional e tendências de mudança na formação dos profissionais da área de saúde.”

“Com as Diretrizes Curriculares Nacionais, as escolas todas alteraram seus projetos pedagógicos. Todas elas querem formar um profissional capacitado para dar conta da continuidade da sua formação, que é um aspecto importante. O profissional médico que se forma precisa dar continuidade à sua formação como especialidade ou subespecialidade. Mesmo na área geral da Medicina, da clínica médica, da pediatria, ele tem de dar continuidade a sua formação, seja em forma de uma pós-graduação ou na forma de educação permanente. E podem existir legislações que fortaleçam esse aspecto, para que esse profissional se mantenha atuante e com competência adequada para as demandas do dia a dia, da assistência que ele presta.”



“Chama muito a atenção em relação a recursos humanos o fato de que esse profissional que está na porta da entrada tem de ser valorizado. Evidentemente, não é só com salário, mas com uma formação, com uma base de orientação. Isso começa dentro da escola. Começa lá na escola durante a graduação, quando ela proporciona ao futuro profissional uma prática que não deve se ater apenas ao hospital, uma referência terciária, mas aos outros níveis, e fazer essa relação da referência e contrarreferência no sistema, entender o sistema como tal para fortalecê-lo e ajudar a construí-lo. “

“Um outro aspecto importante, além da gestão, que eu acho que é um ponto importante, seja dentro da escola, seja no sistema, é recursos humanos. Sem a gestão, não vamos dar conta do que se propõe em termos da formação do profissional em si; é o trabalho em equipe. “

“Hoje, o conhecimento evoluiu de tal forma que a formação exige, dentro das metodologias de ensino e aprendizagem mais ativas, que os profissionais deem conta da construção do conhecimento. Que esse profissional seja capaz, após sua formatura, de continuar construindo seu conhecimento para dar conta dos problemas que ele venha a enfrentar no dia a dia da sua profissão. Consequentemente, como ele não vai dar conta do todo, da integralidade da saúde, para dar conta da integralidade da saúde precisamos de um profissional que seja capaz não só de desempenhar com competência a área a que ele se propõe, mas que seja capaz de trabalhar em equipe.”

“Hoje, em qualquer dos níveis, os profissionais têm de estar trabalhando em equipe. Eu acho que o conceito de equipe é uma coisa que pode ser trabalhada. É um desafio para nós, escolas médicas, discutir esses conceitos de equipe. O que é realmente uma equipe? O que não chega a trazer uma hierarquização de profissões, mas um grupo que se respeita e que se referencia nessa proposta de dar conta da integralidade da saúde da pessoa, seja ela um indivíduo, seja um coletivo de pessoas.”

“Nós temos uma avaliação institucional porque um aspecto importante dessa questão dos recursos humanos é a avaliação. (...) Então, trabalhar a avaliação dos recursos humanos é importante não no aspecto quantitativo, porque às vezes a gente se atém muito ao quantitativo, mas no qualitativo. A coisa de trabalhar em equipe de saúde, trabalhar com avaliação institucional, com avaliação de desempenho, quantitativo/qualitativo e valorizando isso. Numa possível carreira profissional dentro dos serviços, a gente está



incluindo aspectos de desempenho quantitativo/qualitativo para efetivamente valorizar e incentivar esse profissional a estar melhorando dentro da sua carreira profissional e, assim sendo, reconhecido pela sociedade e efetivamente possa ser um modelo, uma referência para os futuros profissionais.”

Após questionamentos, complementou: “quero lembrar que vimos de uma formação extremamente fragmentada, não só no conhecimento, mas na própria gestão. Estamos evoluindo e, portanto, estamos em um processo de construção. Temos que levar o entendimento disso para o interior não só das escolas, mas do próprio serviço. O processo está em construção e todos somos atores. esse é um aspecto importante.”

“Com relação à quantidade, existe a demanda da sociedade e a demanda criada pelo avanço científico-tecnológico. Portanto, são duas demandas. Além disso, há um aspecto importante: o crescimento da população. Iniciamos o século XX com 17 milhões e terminamos com 170 milhões de habitantes, e a população continua crescendo. Esse aspecto tem que ser considerado no cálculo de quantidade de profissionais.”

“Ademais, estamos trabalhando com conceito de saúde com qualidade de vida. O profissional não é mais só para tratar da doença e da urgência, mas para tratar da promoção e proteção da saúde. E essa construção está sendo feita. À medida que fazemos essa construção, são demandados mais profissionais nessas áreas.”

“Chamo a atenção para isso, que é extremamente importante. Esse desafio temos que encarar e fazer uma projeção de quantidade, para podermos organizar os demais, organizar a capacitação não só do ponto de vista da quantidade, mas também da qualidade. E aí entra um outro aspecto importante, a avaliação institucional. Temos os sinais que nos dão uma orientação interessante com relação ao formativo e ao construtivo que vai para o interior do sistema educacional e assistencial para o futuro profissional. É criar a maturidade própria, seja institucional, seja individual, da autoavaliação formativa e construtiva. E assim vamos avançando nesse processo.”

Aloisio Tibiriçá Miranda, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, concordou com o ex-Ministro da saúde, José Temporão, antes de deixar o Ministério, que o nó crítico da saúde é recursos humanos.

Antes de abordar esa questão, promoveu uma visão geral do contexto. “Nós temos no Brasil, hoje, cerca de 150 milhões de usuários do SUS,



46 milhões do sistema complementar. Esse sistema complementar vem crescendo cada vez mais. Ele aumentou 10% de um ano para o outro, de 2009 para 2010, isso por conta de vários fatores, e vai crescer mais, principalmente pelo crescimento econômico, pela formalização do trabalho. Aí se tem, com o crescimento da saúde complementar, que cada vez é maior, uma desoneração do Sistema Único de Saúde, que é subfinanciado e cuja situação não é resolvida há mais de 20 anos.”

“A Emenda 29 foi votada no ano de 2000, já se vão 11 anos. Passou por vários governos e até hoje não foi regulamentada. Isso me levou inclusive a supor que seja uma política deliberada, isto é, o Brasil caminhará para o que o Ministro Temporão, novamente citando ele, chamaria de americanização da saúde do Brasil. Ele tem citado isso seguidamente depois que deixou o Ministério, principalmente no sentido de que a saúde complementar ocupa hoje um espaço cada vez maior e o sistema público é relegado a segundo plano pelo Estado brasileiro. Assim, cresce, a olhos vistos, a saúde complementar, e a saúde pública é desfinanciada pelo crescimento da saúde complementar e por seu não financiamento.”

“As perspectivas gerais são essas, e nós temos, no Sistema Único de Saúde, desde a elaboração da lei que o criou, o sistema complementar e a rede própria. A saúde complementar já foi colocada à parte, em outra discussão. A rede complementar é formada basicamente pelas filantrópicas que têm convênio com o SUS, que todos os dias reclamam que estão lhes devendo 4 bilhões por ano; que não conseguem pagar suas dívidas porque a tabela SUS não cobre nem parte de suas despesas. Isso gera uma desassistência à saúde no Brasil.”

“Há, em todo o País, represamento de procedimentos, principalmente nos de média complexidade. Não é fornecida assistência ou porque o profissional não quer trabalhar por esse valor ou porque o hospital não quer trabalhar por esse valor.”

“Em Belo Horizonte, já que se procuram soluções criativas. A Prefeitura elaborou um projeto e montou equipes cirúrgicas para atender à demanda represada, colocando como parâmetro de pagamento — parâmetro, não valor exato — a CBHPM, que é um referencial de remuneração dos médicos, e a fila andou. Há pouco tempo estive em Belo Horizonte, sentei-me à mesa com o Secretário Helvécio e com o Prefeito e pudemos constatar o quanto a fila andou



277F6C0F34

apenas com uma organização mínima de gestão, em que se formaram e remuneraram equipes.”

“Esse é um impasse que se coloca até mesmo na questão de recursos humanos dentro da saúde pública complementar. Quem está cobrindo a tabela SUS são os Municípios, que cumprem a Emenda 29 sobejamente e já não têm mais de onde tirar dinheiro. Como o conflito se estabelece no âmbito do Municípios, essa situação está sendo enfrentada em todo o País.”

“A rede própria detém a assistência de metade da população, segundo dados recentes. O Superintendente da CMB foi ao plenário do CFM e nos demonstrou que a assistência é metade da rede complementar e metade da rede própria.”

“Sobre a gestão, ela não é profissionalizada até hoje no Brasil, não tem qualificação e alia-se ao baixo financiamento. Cabe ao Estado assumir seu papel e definir o que quer: se quer financiamento, se quer gestão, quanto e onde investir em saúde. Até hoje não temos uma proposta concreta de qualificação de gestão no Brasil. Nós temos, no Rio de Janeiro, a Escola Nacional de Saúde Pública, que até hoje não disse a que veio. Sou amigo do seu Presidente, mas até hoje ela forma mestrandos e doutorandos e mais nada. Não há projeto ou planejamento no sentido de melhorar a situação da gestão.”

“Há, claro, reuniões dos Secretários no sentido de melhorar a gestão, e temos acompanhado também esse esforço recente, por parte do Ministério da Saúde, mas esperamos por resultados, e o que vimos até dezembro foi ser solicitado às filantrópicas Sírio-Libanês e Albert Einstein, em São Paulo, que dessem cursos de gestão pública para os hospitais federais. Depois os formandos foram todos para a iniciativa privada.”

“Quanto ao modelo de gestão, essa é a discussão da hora. Há as OS, originárias do Governo Fernando Henrique Cardoso e de sua proposta de Estado mínimo, que se manteve na saúde com as OS, que têm base legal, diferentemente das fundações, cuja regulamentação está parada no Congresso Nacional, e também, recentemente, das empresas públicas, cuja medida provisória caiu e, parece, vai virar projeto de lei de tramitação em caráter de urgência.”

“Bem, em casa que tem pouco pão, todo mundo briga e ninguém tem razão. A discussão dessas propostas é outra discussão da hora, é a



277F6C0F34



polêmica da hora. E nós, médicos, a estamos acompanhando, sempre defendendo o sistema público de saúde com financiamento e gestão adequados.”

“Na falta de legislação apropriada, todos os governos — anteriormente, apenas os governos oriundos da base parlamentar do governo anterior; agora, todos — já estão fundando OS em seus Estados: porque têm base legal, o governante aproveita e as implementa. Na administração direta, então, esse tipo de incentivo foi interrompido.”

“Vejam agora os profissionais. Diante desse quadro, os concursos públicos abertos para lotar a rede própria de profissionais são concursos que se desmoralizam por si próprios. O último concurso do Ministério da Saúde, em novembro de 2009, previa, para Regime Jurídico Único, uma remuneração de R\$2.222,72 — o “Expresso 222”, como o apelidamos, conforme a música, que é de 1972, e os 72 centavos deviam ser uma referência ao ano de sua composição. Esse concurso não fixou ninguém, todo mundo sabia que não fixaria ninguém, e depois se ficou dizendo que concurso público não fixa ninguém, desmoralizando os concursos públicos. Hoje, o Governo sempre acrescenta gratificações por fora do contrato visando manter o profissional.”

“Hoje, na atual rede federal — esta é uma informação do próprio Ministério da Saúde —, somente nas emergências ou prontos-socorros, e UTIs dos hospitais federais do Rio de Janeiro, faltam 223 médicos, sendo que estão fechados 34 leitos de UTI por falta de médicos. Isso, repito, apenas nos hospitais federais do Rio de Janeiro. Então temos, efetivamente, é um quadro bastante crítico. Na rede estadual, somente em três hospitais de emergência — Saracuruna, Getúlio Vargas e Albert Schweitzer — há déficit de 100 médicos. Repito: apenas na área de emergência, mesmo contando com os profissionais chamados temporários.”

“Hoje só se contratam médicos temporários, e isso no Brasil inteiro. Ou seja, mais uma solução improvisada na falta de definição de modelo de gestão. O gestor não quer fazer um concurso de Regime Jurídico Único porque defende outro, sua proposta é outra. Ele não quer aumentar o recurso do Tesouro para Regime Jurídico Único, e, enquanto não sai o outro modelo, fica contratando temporários.”

“No Rio de Janeiro, onde está a maior rede própria do Brasil, já se vão 5 anos de temporariedade. Começou, se não me engano, na rede federal, e hoje já é a norma. A norma, hoje, é profissional temporário. Metade das



equipes das emergências do Rio de Janeiro, as maiores do Brasil, é temporária e, mesmo assim, incompleta, como disse antes. Então, faltam profissionais nas três redes de saúde, mesmo com a contratação de temporários.”

“Eu falei sobre a rede federal e a rede estadual. Na rede municipal o quadro não é diferente: faltam 90 médicos somente nas emergências dos Hospitais Souza Aguiar, Lourenço Jorge e Salgado Filho, que são aqueles aonde chegam os casos graves naquelas ambulâncias que rodam todo o Estado à procura de vagas. Os senhores conhecem essa história quase tanto quanto eu, que estou lá e coordeno, no Rio de Janeiro, o Grupo de Trabalho de Emergência — que, por sinal, realizará no sábado um congresso com 2 mil participações. Portanto, faltam profissionais também nas grandes cidades.”

“A questão do vazio sanitário, que sempre se coloca na discussão ministerial de gestor, não se dá somente em regiões de difícil provimento, como o Amazonas ou o Vale do Jequitinhonha. Não! De difícil provimento hoje são os hospitais das grandes cidades do Brasil inteiro. A superlotação é a regra das emergências. A desorganização do sistema é a regra nos hospitais.”

“No interior temos hoje cerca de 30 mil equipes do Programa Saúde da Família, salvo engano. Pois bem, segundo dados do próprio Secretário do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, com quem estivemos algumas vezes, faltam médicos em 30% das equipes do Saúde da Família. Ora, se faltam 30% dos médicos, isso quer dizer não há médicos no PSF do Brasil inteiro. Vemos, com isso, que a falta de profissionais é uma coisa bastante preocupante e merece ser chamada de nó crítico, como definiu o ex-Ministro.”

“Vejam os quais são nossas ideias e propostas com relação a isso. Para qualquer modelo de gestão serve concurso público — o concurso público serve para qualquer modelo de gestão —, com qualificação dos profissionais. Hoje, sobretudo para quem trabalha como temporário, a regra geral é a desqualificação. Não se promove qualificação nem se formam equipes com trabalhadores temporários. Não há como qualificar os funcionários, porque sua rotatividade nos hospitais é muito alta; não se promovem cursos de formação, porque a rotatividade é alta. A abrangência da discussão relativa aos profissionais é, portanto, muito ampla.”

“Concursos públicos e plano de carreira. Parece discurso de sindicato, mas como não os há até hoje, o discurso não acaba. É isso o tempo



todo, porque não se resolve. O próprio Rogério foi um combativo dirigente sindical e sabe tudo isso sobre o que estou falando. Não há plano de cargos, carreira e vencimentos. Como fixar o médico? Sem um atrativo para fixá-lo, como resolver o problema? Está, portanto, colocada a questão do plano de carreira.”

“Salário. Concordamos que salário é item básico, mas é também necessário condições de trabalho e de assistência. Como um juiz pode trabalhar sem ter um local adequado, sem um escrivão para lhe auxiliar? Ou seja, tem de haver as condições para a realização do trabalho médico, no interior e nas capitais. Essas condições, hoje, não existem, nem nas grandes emergências, nem no interior, e o médico não trabalha sozinho.”

“Aqui está um boletim da Comissão Nacional Pró-SUS de Trabalho, Assistência e Remuneração Médica, comissão do CFM que eu coordeno. (...) Segundo esse boletim, já desatualizado, há dez movimentos de conflitos abertos em todo o Brasil entre médicos e gestores, por questões de trabalho e salários. A situação está aí, e precisa ser examinada e resolvida antes que piore.”

“Como disse, os vazios sanitários estão hoje também nas capitais. Eu trouxe para os senhores o resultado do trabalho, concluído em dezembro de 2010, realizado pelo Ministério da Saúde junto com a AMB, o CFM e a FENAM, enfermeiros, odontólogos, CONASS e CONASEMS, que fechou, por unanimidade, uma proposta de carreira nacional de médicos do SUS visando a questão das áreas de difícil provimento e a fixação de médicos. Essa proposta foi aprovada pelo Ministro Temporão e já a encaminhou ao Ministro Alexandre Padilha. Essa proposta, nas mãos do Ministro Padilha, é a proposta do Conselho Federal de Medicina.”

“Nós consideramos que toda discussão é válida, e o Ministério está trazendo uma discussão, digamos, nova — é antiga, mas vamos chamá-la de nova — e, a nosso ver, data venia, equivocada. Trata-se do seguinte: “estão faltando médicos, mas o que falta é mais médicos; temos que formar mais médicos.” E aí está o equívoco, a nosso ver. Nós temos um trabalho realizado que mostra que o problema não é de falta de mais médicos no Brasil, conseqüentemente de mais escolas médicas.”

“Houve, nos últimos 10 anos, um crescimento de 80% do número de escolas médicas privadas no Brasil. Já se formaram médicos suficientes nesses 10 anos, já que o curso é de 6 anos. O Brasil, em número



dessas escolas, só perde para a Índia. Somos o segundo colocado no ranking mundial em número de escolas médicas. E nós temos o trabalho de eles se concentrarem todos em Rio, São Paulo e Minas. O problema, a nosso ver, é de distribuição e qualificação desses médicos e, principalmente, de incentivo a eles, como já disse antes, para que possam ir trabalhar onde é preciso.”

“Não adianta fazer plano e não criar incentivos para que ele se torne viável. Quem manda é o mercado; é o mercado o que manda hoje no trabalho médico. O médico vai para o lugar que o mercado lhe oferece: pediatras estão acabando, dermatologistas e seus procedimentos estão aumentando. De novo: é o mercado que diz hoje para onde vai o médico; o mercado diz hoje onde vai abrir escola médica.”

“Começou a melhorar. Mas isso é outro assunto, depois, para o MEC poder colocar. Começou a melhorar, há mais critérios agora, há um trabalho mais sério em andamento, nós reconhecemos isso. Mas essa abertura de escolas, 80% delas foram em dez anos. Tem 181 no Brasil, e a qualidade é baixa.”

“Então, nós temos certeza de que o problema é de distribuição desses médicos, e aí o Brasil tem que discutir qual o papel que o Estado brasileiro tem que ter na saúde. A gente está debatendo o papel do Estado na economia, o papel do Estado aqui e ali, e a principal preocupação do povo brasileiro — IBOPE, DataFolha — é com saúde. Qual é o papel do Estado na saúde? Não está definido. A nosso ver, não existe um projeto nacional de saúde. E não só a nosso ver. Isso já está começando a ser reconhecido.”

“Este encarte saiu ontem no jornal Valor Econômico. É da Interfarma e traz depoimentos de várias pessoas respeitáveis. O primeiro foi o do Ministro Alexandre Padilha: “O Brasil tem que construir um plano estratégico para os próximos 20 anos”, na saúde, porque não tem. Não tem. Vem aqui depois o Presidente da Interfarma: “O Brasil precisa de um projeto nacional de saúde.” E, bacana, então, o Ministério acha isso, a Interfarma também acha isso, o Ministro da Saúde, Temporão, na época, também achava, então, todo mundo acha.”

“O Brasil precisa de um projeto nacional de saúde. É o que nós estamos querendo dizer. Para quê? Ora, como se vai fixar médico no interior? Como é que se vai fazer para atender as necessidades de profissionais? Tem que ter um projeto, tem que definir qual é o papel que o Estado brasileiro vai ter na



saúde. É o SUS? É financiar o acesso universal? Porque, como está agora, não é. Não vai ser e não é. Ou não é? Então, vamos definir.”

“A partir daí, é preciso traçar o projeto nacional para a saúde como tem que ter para desenvolvimento, como tem que ter para a economia, como tem que ter para qualquer ramo, onde um governo governe e tenha projetos. Não é isso? Então, tem que ter um projeto para a saúde.”

“Vocês estão elaborando um. A gente espera que ele ajude a dar as respostas que o Brasil precisa. Eu estou colocando alto; eu não estou pensando no âmbito de salário de médico, só aqui. Eu estou colocando a questão da saúde como uma necessidade nacional. E a questão profissional é crítica mesmo. Sem ela, não se resolve isso.”

“O Ministério da Saúde também deu um passo à frente, a nosso pedido, (...) chamou já uma comissão de remuneração médica no SUS, criada agora. É a Portaria nº 248, da SAS, colocando as entidades médicas e os hospitais que têm convênio com o SUS para discutir em 6 meses essa proposta e os nós da remuneração médica no SUS. Bem-vinda a proposta, solicitada, de qualquer forma, por nós.”

“A outra proposta, terminando aqui, do Ministério é o serviço civil. Era obrigatório, agora a moda é ser facultativo. Isso não resolve o problema; isso é temporário. O médico vai, e ele volta. Isso não fixa médico. E isso é médico recém-formado, que não tem ainda a sua qualificação desejada, para ele ficar solto no interior do Brasil. Por mais que se diga que vai ter Internet, ele vai desaprender o que ele aprendeu. Nós que somos médicos sabemos disso. Recém-formado, ir para o interior, com todo o voluntarismo do recém-formado. E aí? Vai fazer como? Ele desaprende; ele não está qualificado para enfrentar a situação. Não se dá cursinho disso em 3 meses. Então, é uma proposta, a nosso ver, que não resolve a questão de provimento e fixação de médicos no Brasil.”

“Somos contra o serviço civil — respeitosamente, é claro. A gente está se posicionando dentro de um debate nacional e esse debate eu acho que ele precisa de posicionamentos. Porque se não tiver posicionamentos, a gente vai ficar numa geleia meio tipo consenso que não é consenso, e a coisa não anda. Então, a nossa posição é essa.”

(...) “Queria, para terminar, ser caudatário de uma proposta trazida para o Conselho Federal, na semana passada, pela ABRASCO. A ABRASCO foi ao plenário do CFM também para se articular quanto às propostas



277F6C0F34

para o sistema de saúde. Ela está se empenhando na proposta de um simpósio de atualização sobre a questão do SUS.”

Jeanne Liliane Marlene Michel, coordenadora-geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, destacou a reformulação no Ministério da Educação, na gestão do Ministro Fernando Haddad. “Criou-se, no âmbito da Secretaria de Educação Superior, uma diretoria para tratar desses assuntos da área da saúde, que é a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, que congregou justamente a questão dos hospitais universitários federais e as residências, agora não só a residência médica, que é a Comissão Nacional de Residência Médica, mas a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, que foi criada recentemente.”

“A ideia de congrega todos os assuntos afetos à saúde é justamente para sinalizar a importância que o tema da educação e saúde tomou no âmbito do Ministério da Educação. (...) Uma das funções dessa nossa diretoria é fazer interface com o Ministério da Saúde para a questão da formação de recursos humanos. E nós temos trabalhado numa enorme sintonia com a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho do Ministério da Saúde.”

“Neste trabalho, a formação de recursos humanos é a principal preocupação. Como disse o Dr. Tibiriçá, o SUS vai ter sucesso quando conseguirmos equacionar a questão dos recursos humanos. Eu sou docente da área da saúde há quase 30 anos e sempre coloquei isso para os meus alunos: nós podemos ter paredes e equipamentos muito bem estruturados, mas nunca vamos resolver o problema da saúde se não tivermos pessoas bem formadas. E as pessoas, hoje, são um nó. Não só a equipe médica, mas toda a equipe de saúde. Nós temos problemas muito sérios na formação de recursos humanos.”

“O Dr. Tibiriçá expôs uma questão essencial: a abertura indiscriminada de cursos — não só de Medicina, mas em todas as áreas — no País, na década de 90. Por uma questão filosófica relacionada à educação, decidiu-se que o mercado deveria regular a educação superior e houve uma liberação para a abertura de faculdades, na sua maioria, privadas. Esse fenômeno ocorreu em todas as profissões. Nós temos hoje um número absurdo de cursos, por exemplo, na Enfermagem, o que fez com que houvesse um despejamento no mercado de profissionais de qualificação absolutamente duvidosa.”



“Isso comprovou que ter um número grande de profissionais também não resolve o problema. Eu concordo com o Dr. Tibiriçá: número não resolve. E essa é absolutamente a opinião do Ministro Haddad. Nós não estamos trabalhando com o conceito de quantidade; nós estamos trabalhando com o conceito de qualidade. É preciso, sim, ter a quantidade de médicos necessária para o País, desde que a sua formação tenha a qualidade que se deseja.”

“Nesse sentido, o Ministério da Educação tem trabalhado enfaticamente no processo de implementação do SINAES, que é o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Nós temos trabalhado também com a regulação dos cursos, com o processo de autorização dos cursos. O Dr. Tibiriçá sabe muito bem que nos últimos 2 anos a concessão de autorização de criação de cursos de Medicina tem sido extremamente rigorosa. Inclusive, o Ministério da Educação tem sofrido processos bastante duros — muitas instituições têm ido à Justiça por conta da negação de autorização. Nós temos trabalhado em sintonia com o Conselho Nacional de Saúde. Os processos de autorização de cursos passam pelo crivo do Conselho Nacional de Saúde.”

“Nós temos trabalhado com o processo de supervisão especial dos cursos de Medicina. Mais de 800 vagas de Medicina foram fechadas no País — esse foi um fato inédito: nunca, no País, se havia fechado vagas no curso de Medicina — por incapacidade operacional desses cursos, detectada em visitas por especialistas. A Profa. Jadete faz parte da Comissão Especial de Supervisão e testemunhou o trabalho sério e difícil. O Ministério da Educação teve que ir à Justiça mais de uma vez. A Secretária Maria Paula Dallari Bucci, à época à frente da SESU, foi aos tribunais mais de uma vez para defender o Ministério da Educação no momento do fechamento de vagas e de cursos. É muito fácil abrir uma faculdade; depois de aberta, para fechar, tem que ir à Justiça.”

“Na verdade, o MEC tem feito seu papel na direção dessa defesa da qualidade. Mas há o entendimento, sim, data venia, Dr. Tibiriçá, de que há, em alguns locais, necessidade de mais profissionais, embora concordemos plenamente com o senhor que a distribuição é um problema sério e que a fixação é um problema mais sério ainda.”

Então, nós temos trabalhado muito assiduamente e com afinco na questão da fixação. E existe uma comprovação — com estudos internacionais, inclusive — de que o melhor fator de fixação para os egressos de



cursos de Medicina é a residência médica. Não adianta abrimos cursos de Medicina, se não oferecermos a residência médica como fator de fixação no local, pois o menino se forma e vai embora fazer residência em outro lugar. E, quando ele faz residência, ele arruma uma namorada no local, arruma um emprego e lá fica. Essa é a verdade. Todos os senhores que são médicos sabem que essa é a realidade.

“Então, qual está sendo a nossa iniciativa, a nossa proposta? Não se vai abrir nenhum curso de Medicina antes que se instituem condições estruturais. Ou seja, tem que haver uma infraestrutura no local, uma rede de saúde adequada para comportar um curso de Medicina, e, antes de tudo, essa rede de saúde tem que buscar a criação de programas de residência, ter uma infraestrutura de cunho acadêmico que consiga abraçar o curso de Medicina. E é isso que nós já estamos fazendo.

“Nas nossas próprias universidades federais, toda vez que um Reitor vem pedir para abrir um curso de Medicina, nós temos conversado — isso é orientação do Ministro: “Reitor, vamos ver primeiro qual é a estrutura que o senhor tem. Vamos ver como está a rede de saúde. Vamos ver os hospitais. Tem condição de receber os internos?” Porque uma coisa é querer abrir o curso de Medicina. Aí, monta os laboratórios para os primeiros anos. Só que, normalmente, o Reitor não tem ideia do que significa chegar ao quinto ano e colocar esses alunos para fazer estágio nos hospitais. Então, nós temos que fazer esse trabalho, e nós o temos feito sistematicamente. Vamos ver, vamos estudar, vamos estudar a possibilidade de abrir primeiro uma residência, vamos ver se há médicos para serem preceptores, para terem condição de receber os alunos.

“Isso tem sido feito com muito cuidado. Então, não há a perspectiva de abrir cursos indiscriminadamente, mas, sim, com muito cuidado, com muito preparo, com muita cautela, abrir onde há necessidade de cursos, desde que haja parceria com os gestores; infraestrutura de saúde preparada para receber; construção de um processo de formação com residência, para poder fixar esses egressos depois.”

“E temos situações em que está comprovado que a abertura da residência fixa, sim, os egressos de Medicina. Um exemplo bom que eu tenho para apresentar são os Estados de Roraima e do Acre, onde, após a criação do curso de Medicina da Federal, quando nós conseguimos abrir a residência, os egressos, hoje, dos nossos cursos da Federal praticamente todos ficam no





próprio Estado. E nós estamos conseguindo, finalmente, povoar esses pequenos Estados da Região Norte com médico que lá são formados e lá ficam, permanecem.”

“Essa é a segunda parte do que eu queria falar. Esse é um dos programas com que temos trabalhado, além dos programas desenvolvidos em parceria com o Ministério da Saúde para valorizar as diretrizes curriculares nacionais, estimular esses jovens a aderirem um pouco mais à questão da atenção básica, que são programas como o PRO-SAÚDE e o PET-SAÚDE, que levam esses estudantes precocemente à atenção básica.”

“E nisso eu concordo também com a Profa. Jadete: não basta as escolas levarem aos alunos a atenção básica, se lá eles não encontrarem um modelo; se lá eles não encontrarem uma infraestrutura. E sobre isso nós temos conversado muito com o CONASS e com o CONASEMS: é preciso ter contrapartida.”

“Nisso eu concordo com o Dr. Tibiriçá: o recurso repassado para os Municípios tem que ser bem gerenciado. Hoje são repassados recursos. São insuficientes, mas também, às vezes, são mal gerenciados. Então, nós precisamos encontrar uma equação que nos permita aumentar os recursos, mas também capacitar melhor os gestores. Porque a realidade é esta: nós encontramos, às vezes, na ponta, gestores que não são preparados para aquilo que estão fazendo. Os senhores sabem tão bem quanto eu que muito Secretário de Saúde é nomeado por ser amigo do Prefeito! Qual é a qualificação que ele tem para ser Secretário de Saúde, com muita honestidade? Ser amigo do Prefeito!”

“Eu fui a um Município — onde eu estava visitando um hospital que queria ser hospital de ensino — cuja credencial do Secretário de Saúde era ser amigo do Prefeito, e sua profissão anterior era açougueiro. Então, vejam bem: é preciso haver algum respaldo legal, alguma lei que estabeleça uma regra acerca do perfil, da qualificação mínima que se espera das pessoas que vão responder pela saúde da população. Qual é a ingerência que o Ministério da Saúde tem sobre o uso que se faz do dinheiro? Ele pode estabelecer metas, ele pode estabelecer resultados, mas, na ponta, quem está gerenciando o dinheiro, tem que ter alguma qualificação, pelo amor de Deus! Não é?”

“Portanto, nós temos que desenvolver concomitantemente algumas ações. É preciso mais dinheiro? Sim. Mas é preciso haver alguém que saiba gastar esse dinheiro adequadamente. Senão, vamos ter problemas. E, ao



mesmo tempo, tem que haver uma formação melhor dos profissionais. Essas questões todas precisam ser trabalhadas ao mesmo tempo.”

“Nós temos trabalhado também na direção da formação dos demais profissionais da saúde. Um dos aspectos que têm sido desenvolvidos é a residência multiprofissional. O aprendizado do trabalho em equipe não tem sido discutido. Nos últimos anos, nunca foi discutido. Os profissionais nunca aprenderam a trabalhar em equipe. Cada um sempre trabalhou no seu pedacinho, no seu cantinho. E isso se aplica a todos. Sempre houve uma crítica ao médico por não trabalhar em equipe. Não é verdade. Nenhum dos profissionais de saúde aprendeu a trabalhar em equipe.”

“Eu tenho a experiência de ter implantado em todos os hospitais universitários federais a residência multiprofissional, e enfrentei uma dificuldade enorme para implantar esse modelo, porque os profissionais não querem trabalhar em equipe; eles querem que eu financie residências individuais: o enfermeiro quer que eu pague a residência de Enfermagem; o fisioterapeuta quer que eu pague a residência de Fisioterapia. No momento em que eu disse “não, eu quero que vocês façam um modelo multiprofissional, onde vocês trabalhem integradamente”, foi uma briga. Levou um ano para que todos conseguissem sentar e desenhar um modelo em conjunto. Hoje funciona. Mas precisou que disséssemos “não, vocês vão ter que aprender a trabalhar juntos”.

“Então, se isso é difícil entre os demais profissionais da saúde, entre esses profissionais e os médicos também é natural que haja problemas. Mas nós estamos conseguindo, gradualmente, mudar esse modelo.”

“E eu acho que hoje, também, há uma relação boa entre todos os profissionais. Isso está progredindo bastante. Eu acho que os atritos entre equipes estão diminuindo bastante. Eu imagino que, como disse o Dr. Tibiriçá, não baste só salário. É preciso, sim, um plano de cargos, carreiras e salários para todos, mas é preciso que os gestores atentem para o fato de que se não houver condições infraestruturais, se não houver equipe, o médico, sozinho, não faz nada. Ele precisa ter os profissionais que o amparem; ele precisa ter recursos para realizar exames mínimos subsidiários que o apoiem; ele precisa ter suporte para referência e contrarreferência.”

“Nós temos trabalhado muito — e com apoio, hoje, do Ministério da Saúde, numa relação boa — para reestruturar a rede de hospitais universitários federais. Nesse aspecto, data venia novamente, Dr. Tibiriçá, o MEC



propõe, sim, a criação da empresa pública para gerir os hospitais universitários federais. Entendemos que o modelo da empresa pública vai dar agilidade à gestão.”

“Esse modelo foi aprovado, inclusive, pelos Srs. Deputados. Só caiu a medida provisória no Senado por uma questão política que os senhores conhecem muito melhor do que eu, mas, felizmente, isso, eu acho, vai ser superado.”

“E precisamos, sim, de mais agilidade na gestão. O modelo de gestão é uma questão importante. Eu concordo plenamente, o Ministério da Educação concorda plenamente. É preciso resolver a questão da gestão no sistema de saúde, dar a ela mais agilidade, mas dar também estabilidade para os recursos humanos. Concordo que a precarização não é boa. Concordo que precisamos de mais médicos no nosso sistema, que nós não queremos os contratos precários. Para isso nós propusemos o modelo da empresa pública. Queremos resolver com um plano de cargos e salários adequado, decente, bom, que permita fixar esses profissionais, que permita remunerar corretamente, que permita que eles se sintam bem para prestar um bom serviço à população. Isso nós não questionamos. Pelo contrário, é isso que nós queremos. Os nossos hospitais em muitos Estados são os únicos que prestam assistência terciária. E eles têm que prestar boa assistência, porque eles têm que ser um bom modelo para o ensino dos nossos alunos. É isso que nós entendemos como uma qualificação do ensino para prestar uma boa atenção para o SUS também. Eu imagino que com isso consigamos resolver.”

“O MEC tem uma tarefa grande, porque nós temos que responder pela graduação, pela residência, pela pós-graduação. Hoje criamos um mestrado profissional associado às residências que está indo muito bem, inclusive. Os nossos programas de residência que fizeram esse mestrado permitem que os residentes já saiam com o título de mestre em algumas residências em área avançada. Isso já está indo muito bem, isso já está conectado a programas de pós-graduação nas universidades que têm potencial para isso. Quer dizer, nós estamos avançando na inovação tecnologia para o SUS; isso está andando bem. Nós estamos fazendo muitas coisas para melhorar a atenção no SUS. Mas ainda falta. Concordamos plenamente com isso.”

“Também concordamos que o problema de fixação não é só nas áreas remotas. Para isso estamos discutindo. Serviço civil, doutor, não está



fechado. Ninguém vai colocar meninos sozinhos perdidos no meio do sertão. Não é essa a ideia. A ideia é colocar meninos que queriam, com supervisão, com acompanhamento, com preceptores. E também ainda não é uma ideia fechada, é uma ideia que vai ser discutida como todas têm sido discutidas com as entidades médicas, o senhor sabe disso. Nós não temos trabalhado nem fechado nenhum projeto sem discutir com as entidades médicas.”

“Os tempos são outros. Temos avançado. Nada tem sido feito sem combinar, sem discutir, sem trabalhar junto, porque sem trabalharmos juntos nós não vamos avançar. Essa é a ideia. Estamos aqui à disposição. Estamos buscando caminhos e queremos o apoio desta Casa justamente para que os caminhos sejam os mais adequados.”

A reunião sobre o mesmo tema continuou no período da tarde, contando com novos convidados. Tão logo as notas taquigráfica dessa reunião estejam disponíveis, mais detalhes serão inseridos nessa seção.

Marcos Luiz Macedo - Conselho Federal de Odontologia - observou que um grupo que se dedicou à questão de carreiras no SUS, coordenado pelo Ministério da Saúde, junto ao Conass e Conasems, não teve consequências até o momento. O SUS é percebido como o pior emprego público (com salário entre 1200 e 1300 Reais, com as vantagens) e isso tm resultado no abandono de profissão. Considera que representantes da Fazenda e planejamento devem estar presentes nas discussões sobre o SUS.

Manoel Nery - Conselho Federal de Enfermagem – destacou que os auxiliares de enfermagem surgiram a partir de 1940 para atender ao setor privado. Destacou a necessidade de um plano de capacitação continuada, de um plano nacional de carreiras e da consideração da equipe de saúde como um todo.

Margarida Maria - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Seguridade Social, destacou as precarizações nas relações de trabalho e a necessidade de plano de carreira e de associação desse plano ao piso de atenção básica. Ressaltou que Ongs e OS são usadas para superar o problema do limite de gastos para contratação de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Shirley Morales – Federação Nacional dos Enfermeiros – abordou o SUS que queremos. Destacou que o problema do SUS não é só financiamento, pois falta dimensionar as necessidades.





277F6C0F34

### **I) Reunião sobre modelos gerenciais (11/07/11)**

Emanoel Messias Barbosa Moura Jr., da Fundação Hospitalar do Estado de Sergipe explicou como foi a reforma sanitária em seu estado. Foi definido o papel do Estado, com um padrão de integralidade, definição da responsabilidade sanitária e a qualificação do gasto em saúde - contratos estatais de serviços (serviços contratados, sistema de pagamento e objetivos específicos).

Lenir Santos abordou aspectos legais do sistema Interfederativo de Saúde e modelo para a eficiência do SUS.

Os participantes classificaram como inviável o estabelecimento de um modelo único de gestão para todos os estados e municípios brasileiros. O consenso é que é preciso garantir um novo modelo de gestão para o SUS para que este possa ter eficiência pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa que acabam por comprometer a efetividade do sistema. Uma delas é a dificuldade de incorporar profissionais e especialistas de saúde no número e na diversidade que se fazem necessários. É igualmente prejudicada a relação com o mercado de insumos de saúde – medicamentos e equipamentos – e com os parceiros do setor privado, que têm em comum a característica de alto dinamismo tecnológico.

Observa-se também como ponto consensual entre os participantes: onde houver maior controle social haverá maior viabilidade de contratos de terceirização de serviços, sejam eles prestados pela administração direta ou indireta.

Os especialistas defenderam a pluralidade em contratos firmados pelo SUS. Modelos de gestão podem ou não variar entre estados e municípios de acordo com as realidades locais, segundo debatedores em audiência na Câmara; necessidade de aumento dos recursos para o setor também foi destacada.

“A descentralização dos serviços em saúde é uma opção política que tem que levar em conta a capacidade financeira, de gestão e o controle social do governo que vai descentralizar. Não existe uma fórmula, mas essas questões devem ser avaliadas”, defendeu a gerente de projeto da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Valéria Salgado.



277F6C0F34

O representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Wladimir Taborda, concordou e listou o que chamou de “elementos essenciais” para a realização de contratos entre os entes públicos e os privados no setor: planejamento estratégico adequado; conhecimento das necessidades regionais de saúde; parceiro capacitado e eficiente; e, principalmente, existência de recursos orçamentários.

O Deputado Rogério Carvalho defendeu a adequação do modelo de gestão ao serviço prestado, devendo ser adotado o modelo que melhor atender à necessidade de oferecer um atendimento de saúde universal, integral e de qualidade, que são os princípios do SUS.

Segundo ele cada atividade funciona melhor com um tipo de administração. O atendimento ambulatorial, por exemplo, dependente de grandes investimentos em tecnologia, se adaptaria melhor ao setor privado, enquanto o atendimento hospitalar teria mais afinidade com o setor público. "Temos que separar o que são atribuições exclusivas do Estado daquelas que podem ser feitas em parcerias, sempre tendo em vista o interesse público", declarou.

Já o Deputado João Ananias afirmou que não há como o parecer não apontar o principal problema do setor, que é a falta de recursos. Ele afirmou que a crise no SUS não se dá por problemas nos diversos modelos, mas pelo financiamento dessas formas de gestão. "Vamos atacar veemente a questão do financiamento, que é crônico e consensual. Eu duvido que algum gestor diga que seu problema não é financiamento."

Seguem-se o detalhamento das discussões.

A reunião tratou de alternativas para que o Estado organize a produção dos serviços de saúde (organizações sociais, fundações estatais, empresa pública, etc.). Foram discutidas as experiências de São Paulo, na área de organizações sociais; e de Sergipe, que seguiu o caminho da reforma gerencial e a construção de instrumentos gerenciais por dentro do Estado, que são as fundações estatais, seguindo-se os comentários dos demais especialistas.

O Sr. Wladimir Guimarães Taborda, representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, destacou que o foco do trabalho em São Paulo, inicialmente, foi na gestão hospitalar. Considera que a principal razão para a grande espera no atendimento em todo o País seja a limitação de recursos financeiros.



“Onde se insere a questão da OS? A primeira definição das Organizações Sociais, acho que todos conhecem bem, é que são instituições do setor privado sem fins econômicos, são entidades filantrópicas privadas que atuam na consolidação do SUS, conforme previsto na própria Lei Orgânica do SUS, Lei nº 8.080, nos seus arts. 21, 24 e 25. O marco foi a edição da Lei nº 9.637, de 1998, do primeiro Governo de FHC, que cria a oportunidade da participação de entes privados em várias áreas da gestão pública. Em São Paulo, os critérios foram estabelecidos em 1998 e eles são bastante rígidos. Por exemplo, para que uma instituição seja qualificada como OS, exige-se pelo menos cinco anos de experiência em serviços próprios, um conselho de administração conforme a lei e a publicação de resultados. Essas são as bases legais.”

“O primeiro ponto importante é que o modelo é perfeitamente amparado em premissas legais. Nós acompanhamos a votação da ADIN que está havendo neste momento no Supremo que entende ser o modelo inconstitucional. Já temos dois votos, todos devem estar acompanhando isso: o voto do Relator, do Ministro Ayres Britto, e depois do Fux. Eles apresentam oportunidade de melhoria ao modelo e não o consideram inconstitucional.”

“Outro ponto importante de citar é que na própria Lei nº 8.666, no art. 24, um artigo incluído em 1998, há a previsão expressa de que não seja necessária a licitação para celebrar contrato de gestão com organizações sociais. Um tema que também é objeto de questionamento na ADIN.’

“Em São Paulo, a Lei nº 846 descreve alguns aspectos — os quais não vou me deter aqui — para qualificação de quem será o parceiro privado. É importante garantir instituições profissionais que tenham resultados medidos e que possam ser confirmados em relação ao serviço prestado. Este mês fez 13 anos que o primeiro hospital de OS abriu em São Paulo. A importância das OSs em São Paulo hoje é muito grande. Elas vieram para melhorar a qualidade dos serviços públicos em geral, hospitalares, ambulatoriais, para fortalecer uma cultura de gestão voltada para resultados e não para processos e especialmente para fortalecer a capacidade do setor público.”

“(…) Em 1996, o Estado tinha 16 hospitais finalizados. Não tinha como contratar mais nenhuma pessoa, pois estava impedido pela Lei Camata, que, em 1995, estabelecia um limite para contratação de pessoas. Como operar hospitais que têm uma relação de qualidade ótima de cinco para um?





Precisamos pelo menos de cinco funcionários para cada leito. Tínhamos 16 hospitais e precisávamos de 1.600 pessoas. Não tinha como abrir esses hospitais em 1996, não fosse pela contratação desses profissionais por instituições privadas.’

“O modelo de OS em São Paulo teve uma motivação prática. Em São Paulo, como no Brasil todo, o terceiro setor, as instituições filantrópicas privadas são muito reconhecidas pelo trabalho profissional e muito objetivo. Esse foi o motivo principal que gerou esse modelo gerencial inicial em São Paulo em 1998. Os primeiros hospitais (...) estavam prontos na região metropolitana de São Paulo.

“Fui diretor de um desses hospitais, o Hospital Geral de Pedreira, em 1998. Trabalho com esse modelo há 12 anos. No início, ao lado do parceiro privado, e agora, nos últimos anos, atuando com o Governo. Vejo que, em 6 meses, 6 hospitais entraram em ativação. Em 2 anos, 4.500 leitos foram colocados à disposição da população, exclusivamente voltados para o SUS.”

Hoje o modelo evoluiu muito, (...) há 22 hospitais gerenciados por organizações sociais. (...) Em geral, são instituições religiosas, como Santa Catarina e Santa Marcelina, e também as universitárias, como a UNIFESP, a Faculdade de Medicina da USP, e outras instituições que gerenciam, por meio de contrato de gestão, serviços importantes como, por exemplo, o Instituto de Câncer do Estado, que é o maior hospital de oncologia do Brasil, um colosso gerenciado pela Faculdade de Medicina da USP, no modelo de OS e contrato de gestão.”

“Esse talvez seja o lado mais importante dessa apresentação, porque é a razão do sucesso ou do fracasso do modelo. Quando se contratualiza serviços, resultados com um parceiro privado, a primeira coisa mais importante é que o Governo do Estado ou Município deva saber exatamente o que quer, ou seja, de que serviço ou que resultado precisa que aconteça.”

“Além de ter um planejamento estratégico do Governo, é importante conhecer qual é a necessidade regional, para que o Governo não contrate algo que não é prioritário naquela região. Talvez o mais importante seja ter parceiros capacitados, eficientes, ou seja, sem profissionais treinados no gerenciamento e serviços de saúde os resultados podem ser muito ruins.”

“Por último o Governo tem que ter dinheiro. Não adianta querer fazer um modelo desse tipo se não houver dinheiro do orçamento para



277F6C0F34

aplicar nesse modelo. Todos sabem que a tabela de remuneração atualmente adotada no nosso sistema é insuficiente. A experiência das OSs tem mostrado que a tabela SUS consegue remunerar de 30% a 40% do custeio exato de um hospital, dependendo da complexidade do hospital.”

“No Instituto do Câncer, por exemplo, onde temos tido boa experiência com essa questão, é possível faturar um pouco mais. Mas ainda assim, em nenhuma situação, em nenhum tipo de hospital é possível manter um hospital com resultados de qualidade auditados e volume de serviços aumentado com a dotação orçamentária que o Sistema Único de Saúde oferece especialmente para os hospitais.”

“Por último, é importante definir metas, objetivos numéricos, em que os resultados são dicotômicos: o parceiro atinge ou não. Não tem meio nem atingir parcialmente. Conforme o atingir de metas, a punição ou o repasse é efetivo. O contrato é uma das grandes razões de sucesso desse modelo, por ser muito simples, estabelece metas bem claras, definidas de acordo com o interesse público. Essas metas são prerrogativas exclusivas do gestor do sistema, ou seja, do Secretário do Estado da Saúde ou do Município ou do Ministro, caso haja uma operação federal.”

“Em São Paulo a lei iniciou-se com exclusividade para usuários do SUS, hoje não é mais. Hoje, é possível que 25% dos serviços de um hospital público possam ser atendidos em até 25% do volume para portadores de planos de saúde — como o Deputado Rogério comentou, essa relação é muito diferente no Brasil. Na capital, por exemplo, é de 50%, para cada um que depende do SUS temos outro com plano privado. Já em outras regiões do Estado não é bem assim. Então, essa situação é bastante discutida.”

“Os resultados são formalmente auditados por uma comissão de avaliação de pessoas indicadas pelo Governo, pela secretaria e pela sociedade. Eu presido esta comissão, em São Paulo, há 4 anos. Por fim, esses resultados são auditados pelo Tribunal de Contas.”

(...) “Vejam que o contrato estabelece atividade global de um hospital. Vamos pegar por hipótese um hospital de 250 leitos que tenha custo estimado de 4 milhões ou 5 milhões, que é mais ou menos o que se gasta em hospital geral. Desse recurso, 90% são pagos de maneira fixa, no quinto dia útil de cada mês, mas 10% de resultado o parceiro deve atingir resultado para se fazer direito a receber. Na verdade, a gente remunera na frente os 10% e avalia



trimestralmente para então punir por não cumprimento de metas ou não punir e manter o recurso na íntegra.”

“As áreas de internação geral são de hospital geral. Esses hospitais também realizam os exames para a rede do nível primário ou secundário da região de inserção.

Sobre a avaliação de resultados (...) “a cada 3 meses, costuma-se parar e olhar para trás a fim de ver o que aconteceu em termos de resultados de qualidade. A cada 6 meses há uma oportunidade de revisar o contrato para mais ou para menos, com mais ou com menos recurso, conforme execução orçamentária dos primeiros 6 meses. De maneira que o modelo permite adaptação todo o tempo. Esse é um desafio enorme para as equipes do Governo e do Estado, que devem manter equipes técnicas preparadas para avaliar resultados de volume e de qualidade.”

(...) “Vejam que esse modelo, em 2008, exigiu 1.2 bilhão do orçamento do Tesouro do Estado, que é um orçamento bastante grande. Este ano, por exemplo, a perspectiva orçamentária é de 3 bilhões para esse modelo; e o orçamento do Estado, de 18 bilhões. Eu sei que São Paulo é uma situação atípica no Brasil, em relação a recursos, mas vejam que com esse 1.2 bilhão produziram-se 250 mil saídas hospitalares, em regime de internação convencional; em regime de hospital/dia, quase 2 milhões de atendimentos de urgência nos diferentes prontos-socorros, ambulatórios, e por aí vai. (...) Chamo atenção para o fato de que, desse dinheiro, desses recursos, 63% foram destinados para pagar pessoal, respeitando o limite legal de 70% imposto pela Lei Camata, um dos pontos importantes do contrato; no Hospital Geral, de 15% a 18% remuneram material e medicamentos e custos gerais com outras composições.”

“Avaliação e Controle é um dos pontos essenciais desse modelo. Sem isso, não é possível avançar; sem isso, não é possível separar os bons dos maus parceiros, os bons dos maus hospitais. A avaliação e controle é principalmente realizada em termos de volume de internação, ou seja, a meta contratual tem de ser todo o tempo cumprida. O usuário é ouvido formalmente, porque o contrato exige isso em 10% da amostra.”

Há um painel de indicadores.

“Esses parceiros devem ter uma conta bancária exclusiva para movimentação dos recursos selecionados para o contrato de gestão, de



maneira que eles não se misturem com os recursos da instituição-mãe. Devem também ter CNPJ próprio e não podem gastar mais de 70% com pessoal. Além disso, estão auditados todo o tempo pela auditoria formal do SUS — a convencional —, pela Secretaria da Fazenda e pelo tribunal de Contas do Estado.”

“Esses hospitais, a partir de 2002, perseguiram movimentos de acreditação e, obtendo essa acreditação de qualidade em vários níveis, hoje são um exemplo de qualidade hospitalar, recebem visitas de todo o Brasil para multiplicação do modelo, algo que vem acontecendo em nosso País. Há muitas publicações sobre o tema, muitas teses de mestrado e doutorado em Saúde Pública, na GV.

Uma publicação do Banco Mundial mostra de maneira muito resumida o impacto do resultado. Aqui são comparados 10 e 12 hospitais do modelo de OS e do modelo da Direta, mostrando que a produção no hospital de OS, com o mesmo perfil de complexidade, com o mesmo tamanho e mesmo número de leitos, produz 30% a mais em relação ao modelo tradicional. As pessoas ficam 36% menos no hospital, contratam-se mais enfermeiros e menos médicos, numa composição de custo mais efetiva, algo que faz diferença em hospitais e, ainda por cima, custa menos.”

“Esse é um modelo em relação ao qual não há muito a discutir, é uma coisa matemática. Aliás, trouxe um livro que deixarei com os senhores. Trata-se do livro de Jerry La Forja — está em inglês, mas existem traduções em português. Vou deixá-lo para a Comissão, porque nele há muitos detalhes não só sobre essa operação, mas também tem uma descrição muito elegante do SUS. O Dr. Jerry trabalhou aqui com um americano e um brasileiro. É um livro bastante interessante para consulta.”

“O importante no modelo é que o sucesso obtido com hospitais em 10 anos permitiu sua evolução para outros tipos de serviços. Hoje, em São Paulo, temos 37 ambulatórios de especialidades e centros de análise clínica que atendem toda uma região grande. Com isso, ganha-se escala, concentra-se um serviço, e há a produção de 1 milhão a 2 milhões de exames. Há ainda centros de diagnósticos por imagem com telemedicina e centro de distribuição de medicamentos. Esse talvez um dos grandes ganhos para o sistema, na medida em que concentra todos os medicamentos da rede.’



“A propósito, em Mato Grosso está havendo uma experiência muito interessante em que a compra é toda feita e distribuída pelo Estado, de forma centralizada e eletrônica, porque, nessa área, como os senhores sabem, é possível que haja bastante problemas no gerenciamento de recursos e na distribuição de equipamentos.’

“Por último, é importante salientar que o modelo avança no Brasil. Hoje, isso já não é mais uma experiência, mas uma realidade concreta. Em São Paulo, que foi o primeiro do grupo, vamos chamar assim, o modelo avançou bastante. Dos 60 hospitais do Estado, 30 são gerenciados por OS. Vejam que o modelo acontece em diferentes Estados e Municípios que regulamentam a lei.”

“Quero ainda chamar atenção para a experiência de Pernambuco e fazer uma homenagem ao Dr. Barradas, o grande teórico desse modelo. Tive o privilégio de trabalhar 10 anos com ele, que aparece nesta imagem ao lado do Vice-Governador de Pernambuco, João Lyra, na inauguração dos serviços gerenciados por OS. Hoje, são 3 hospitais e 15 UPAs, que fazem uma assistência muito importante na saúde de Pernambuco, a ponto de o próprio Governador divulgar manifestação pública sobre a efetividade do modelo em seu Estado, sugerindo que devemos não só formatar, como também expandir essas parcerias, porque isso melhora e consolida o sistema.”

“Deixarei para discutir a insegurança jurídica ao longo da reunião, porque acho que são muitos os pontos que podemos discutir. Entendemos, porém, que os votos parciais dos Ministros Ayres Britto e Luiz Fux consideram de procedência parcial, ou seja, eles não acham o modelo ruim. Ao contrário, sugerem mais publicização, tanto na escolha do parceiro quanto na celebração do contrato e no oferecimento de resultados.”

“Hoje, nós de São Paulo temos uma noção muito clara de que as parcerias público-privadas são um tipo de modelo, não exatamente um modelo genuíno como está acontecendo na Bahia, em Belo Horizonte e agora em São Paulo, e são uma opção para melhorar o serviço, sim. Os hospitais gerenciados por OS têm desempenho muito satisfatório — e isso está bem documentado em nosso Estado. As pessoas gostam do que veem, as avaliações de resultados são muito positivas e o modelo de gestão pode ser estendido para outros serviços. O segredo para o sucesso, acho eu, é a relação de transparência e confiança entre o Governo e o parceiro — isso é uma parceria —, e,



especialmente, a capacidade de gerenciar pessoas voltadas para resultados tem sido aquilo que faz a diferença em hospitais gerenciados por OS.”

Emanoel Messias Barboza Moura Júnior, Diretor da Fundação Hospitalar de Saúde do Estado de Sergipe, representando Secretário de Saúde de Sergipe. Tratou da perspectiva da Fundação Hospitalar, “que ao contrário da OS de São Paulo, é uma perspectiva muito nova.” “O Estado de Sergipe optou por fazer o processo de gestão via Governo. Lá, temos a experiência de criação da Fundação Hospitalar Estadual, que gerencia os hospitais. Falarei um pouco sobre o que aconteceu em Sergipe, da decisão do Governo, da reforma sanitária, da governança, que ainda é um pouco incipiente, e da Fundação.

(...) “Sergipe tem a maior renda per capita do Nordeste, seu IDH é muito aproximado do brasileiro, mas com um pouco da característica nossa, do Nordeste, e a população conta pouco mais de 2 milhões de habitantes — este é o cenário do nosso Sergipe.”

“A reforma sanitária se distingue em três pontos. Vou falar um pouco da dimensão política e legal da reforma, de como é o processo gerencial e de governança e da questão contratual. Inicialmente, quero provocar o debate com um questionamento: que motivos levaram o Governo a realizar a reforma sanitária em Sergipe? (...) Em 2007, nós tínhamos um processo extremamente concentrado de hospitais: havia 6 unidades hospitalares, uma situação extremamente caótica, com superlotação; não havia visão de rede, e não havia nenhuma perspectiva de ampliação desse serviço para todo o Estado. Nesse bojo é que surge, então, a reforma sanitária, com a perspectiva gerencial de abranger um pouco mais, ou seja, todo o Estado de Sergipe.”

“Aí, vamos pensar: o que foi defendido a partir da reforma sanitária? Qual o papel do Estado? Em que medida a criação de um padrão de integralidade suportaria o processo de gestão? O mapa sanitário foi redefinido — e, em seguida, mostrarei para os senhores como ficou o processo com o novo mapa — e também os papéis de cada ente federado. Então, a reforma veio tornar objetivo o processo pensado, construído e visto a partir de um cenário a princípio caótico, sem perspectiva, com quase todos os hospitais públicos terceirizados, e que o Estado de Sergipe resolveu, com a instituição das fundações, trazer à rediscussão.”



“Eu trouxe também um pouco do cronograma da criação das fundações. O processo começou em 2007, com um amplo debate do Governo com as classes e com a Assembleia; toda a parte legal foi feita no final de 2007, início de 2008. Aí, começou a negociação para a estruturação das fundações, o que terminou em 2009, com a adesão dos funcionários estatutários. Uma vez que a natureza da Fundação é celetista, aqueles que quisessem aderir e trabalhar na Fundação tinham essa possibilidade.”

(...) “Quero destacar a Lei nº 6.303: é o Estado de Sergipe dando um passo no sentido da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, em que se qualifica o gasto. Pela primeira vez, em Sergipe, estabelece-se o que é gasto em saúde, como deve ser esse gasto, o que é receita e como isso deve ser investido.”

“Foram criadas 3 fundações: uma fundação responsável pelo treinamento, pela capacitação; uma fundação responsável pela área de exames, coleta e tratamento de sangue, e uma fundação para a gestão hospitalar. Todas elas foram estruturadas por meio de contratos estatais de serviços, o documento que liga a fundação prestadora ao Estado, e, aí, a parte formal de governança: constituição dos conselhos, padrão de equipe, dimensionamento de pessoal e concurso público, que aconteceu em março de 2008 e do qual já chamamos cerca de 3.500 aprovados. Dobramos o contingente de pessoas prestando serviços na área de saúde e excluímos a possibilidade de precarização do trabalho.”

O contrato estatal (...) “deriva de uma lei e tem 3 tópicos: quais são os serviços contratados, como funciona o sistema de pagamento e quais são os objetivos específicos. Aí, são estabelecidas as competências do Estado e do prestador, as metas, o acompanhamento e as prestações de contas, que são mensais, por relatórios e emissão de notas fiscais.”

“O contrato estatal de serviços com as 3 fundações, especialmente com a hospitalar, é um contrato de 5 anos e tem um plano anual de atividades, reavaliado anualmente. A par disso, o Governo fez, então, uma reforma em todos os hospitais. Hoje, temos 11 hospitais públicos, vamos inaugurar o 12º até o final do ano. Além disso, foram construídas 98 clínicas do Saúde da Família, o que vai nos fazer repensar o nosso mapa sanitário.”

“Este é o mapa sanitário atualizado até 2010. Vejam que houve, então, uma descentralização, uma espacialização do atendimento, com a



criação e regionalização de todos os hospitais. Além da especialização por hospital, nós temos a conformação da atenção básica nas clínicas da saúde. São 98 clínicas, todas elas novas, recentemente construídas, não existia nenhuma clínica. Nós construímos 2 hospitais regionais novos, um nós inauguramos no ano passado, o Hospital Regional de Lagarto. São hospitais com 150 leitos e com UTI. Então, estamos levando para o interior do Estado também serviço de UTI.”

(...) “Nós da Fundação Hospitalar temos um contrato estatal que é o maior contrato do Estado de Sergipe. Ele importa 2 bilhões e 670 milhões. A Fundação é a maior empregadora da área de saúde do Estado de Sergipe e a segunda organização, por CNPJ, com o maior número de empregados de Sergipe. Nós já temos lá 6.600 empregados. Ela é a organização pública que gera o maior número de leitos do SUS. O Estado recebeu 630 leitos hospitalares públicos; no final do ano, vamos entregar 1.250 leitos; em janeiro e fevereiro, receberemos cerca de mais 250 leitos. Então, a expectativa é a de que, até março do ano que vem, estejamos gerenciando 1.500 leitos hospitalares.”

“Hoje, temos uma rede com 11 hospitais e 36 bases descentralizadas do SAMU; um orçamento mensal da ordem de 31 milhões; um volume de atendimento, no SAMU, de cerca de 20 mil/mês e, na rede hospitalar, em torno de 50 mil/mês.”

(...) “Qual a diferença do modelo assistencial? A Fundação dá preferência para o regime vertical de inserção, os profissionais têm de ir lá todos os dias. Nós temos uma preocupação muito grande com as linhas de cuidados, a valorização das referências técnicas e a organização das escalas em dias críticos. Talvez esse seja o principal foco de atenção e o porquê de nós estarmos conseguindo captar profissionais de todo o País interessados nesse modelo. Nós fizemos um concurso nacional e tivemos a oportunidade de trazer vários profissionais de outros Estados. Vamos realizar um outro concurso agora em agosto.”

“Trabalhamos também em cima da Política Nacional de Humanização e com classificação de risco. Nesta imagem, a esfera azul mostra um hospital também focado na linha de cuidados, a partir da classificação, da atenção aos usuários. Temos aí algumas tensões na atenção básica, mas é um processo que se está ajustando. E temos uma relação de classificação de risco





desenvolvida não só na rede da Fundação, mas em parcerias com toda a rede filantrópica dos prestadores de Sergipe.”

(...) “Estamos, então, fazendo, agora, um fluxo de pacientes da Capital para o interior, inaugurando UTIs no interior; estaremos, a partir de agosto, assumindo a gestão do SAMU em Aracaju, e vamos criar a unicidade das centrais de regulação. O Estado passará a ter uma única central de regulação, e o SAMU é o eixo central da regulação dos pacientes de urgência e emergência.”

Sobre o controle social, informou: “Agora estamos desenhando um novo modelo. Criamos lá, e vamos começar a testar num hospital, o que chamamos de Conselho de Gestão Hospitalar Municipal, que é o Conselho Municipal de Saúde dentro do hospital. Normalmente, as reuniões acontecem no Conselho Municipal de Saúde, mas, a cada 60 dias, os membros do Conselho Municipal de Saúde vão ao hospital, recebem do seu superintendente uma apresentação e fazem considerações a partir de demandas da ouvidoria e de outros fatores decorrentes do processo de gestão.

(...) “Por fim, eu queria que o Dr. Edvaldo nos falasse um pouco sobre os hospitais, para termos uma ideia do padrão de hospitais — a Comissão teve a oportunidade de ver, mas acho que seria interessantes passarmos para todos.

Edvaldo Santos, o Diretor Assistencial, abordou o padrão de hospitais em reforma. “É importante dizer que foi necessário um adensamento tecnológico importante, porque o SAMU, funcionando bem, levou para este hospital um grande número de pacientes que, anteriormente, morriam na rua, no interior, pela falta de diagnóstico. Então, o SAMU levou muitos pacientes em estado grave para o hospital, que teve que se preparar para receber esses pacientes.”

Também apresentou o padrão para Clínicas de Saúde da Família, que agrega, em média, quatro equipes de PSF. “É importante também ressaltar que, em todas essas unidades, existem pelo menos 3 gabinetes odontológicos e um gabinete para o atendimento ginecológico.” Foram construídas 98 clínicas, “a partir da resolução de se fazer a reforma sanitária.”

Valéria Alpino Bicanha Salgado, representante do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, ressaltou que a área da saúde tem sido uma “grande parceira e nos estimulado muito, há muitos anos, a investir em soluções sistêmicas, sustentáveis, em modelos para a área social, principalmente



para a área de prestação de serviços, estimulando-nos a conceber novas tecnologias jurídico-institucionais que possam ser mais adequadas.”

“Nesse investimento, nessas soluções, as nossas diretrizes, junto com a área da Saúde, têm sido sempre no sentido de promover mais eficácia, eficiência, ou seja, ampliar a capacidade de as instituições prestarem serviços, eliminar inseguranças jurídicas.” (...) “Hoje a um quadro de inseguranças jurídicas, que atrapalham a vida dos administradores, temos também investido em métodos e instrumentos de cooperação entre os entes federados, especialmente nas áreas em que há responsabilidades compartilhadas, como é no próprio Sistema Único de Saúde. Estamos desenvolvendo também métodos e instrumentos de governança, formas de governança mais participativas, com mais controle social, mais controle de resultados.”

“Nesta semana mesmo, estive aqui em Brasília uma consultora que fez um primeiro levantamento em nível federal dos nossos instrumentos de participação de controle social. Ela fez um diagnóstico bem duro. Foi duro no sentido de que optou por não apresentar os pontos positivos, mas focar nos pontos que precisamos melhorar. Esse relatório está disponível em nossa página. Eu acho que é de muito interesse de toda esta Comissão, e vou passar para os senhores depois.”

“A contratualização de resultados também tem sido uma ênfase e, principalmente, especialmente, a questão das parcerias com a sociedade civil. A nossa diretriz tem sido sempre — depois de muitos estudos, debates e aprendendo com a realidade, com Estados e Municípios, levados pela área da saúde —, para o entendimento de que é necessário disponibilizar um leque de soluções possíveis, de formas possíveis para o administrador, para a administração poder realizar as suas competências. Esta questão de haver uma solução única, uma solução mais adequada, a gente vê que a própria realidade acaba por jogá-la no chão. O Brasil é muito diferente. Existem várias realidades diferentes, realidade econômica, realidade política, cultural. Então, a gente precisa ter mais de uma solução. Mas mesmo nessa busca de muitas soluções, e especialmente para isso, é preciso ter também alguns critérios e diretrizes.”

“É nesse ponto que nós evoluímos para o estudo chamado ‘Gradiente das Formas Jurídico-Institucionais da Administração Pública’, que também está disponível em nosso site, que se fundamenta no seguinte sentido. A administração pública, o Estado, ao atuar na garantia da ordem social ou da



ordem econômica, pode fazê-lo por duas formas: seja por atuação direta da sua administração pública, por suas instituições públicas, administração direta e instituições da administração indireta, fundações, empresas, consórcios, ou por meio de parcerias com entidades civis sem fins lucrativos ou de mercado.”

“É muito importante a gente fazer a diferenciação de quais os requisitos envolvidos na atuação direta e quais estão envolvidos na atuação indireta do Estado. Quando o Estado atua diretamente por meio de uma das suas estruturas, seja um Ministério, um órgão da Prefeitura, do governo do Estado ou por uma fundação estatal, como a de Sergipe, por uma empresa pública ou por uma autarquia, quando ele faz isso, faz por dever. É a lei que estabelece e cria o dever para ele. É a lei que dispõe qual é a forma de governança, como se dará a gestão da entidade. Os agentes são públicos e, por serem públicos, estarão sujeitos ao regime jurídico imposto pela Constituição aos agentes públicos. O regime jurídico de direito público da Constituição recai de igual forma sobre a administração direta, sobre a autarquia, sobre a fundação pública de direito público, a fundação estatal e sobre a empresa pública. Eles são originais.”

“E também há o regime jurídico legal, que se diferencia um pouco. A empresa pública e a fundação estatal, além de observarem o regime de direito público, também podem observar algumas regras de funcionamento utilizadas também pelo setor privado. É aí que se diferencia. Mas quando a administração atua diretamente, atua por dever, o patrimônio é exclusivamente estatal, a governança é estatal e os servidores são estatais. Quando a administração pública opta por atuar indiretamente — porque nem sempre pode atuar sozinha —, e estabelece formas de cooperação, relações de cooperação com o civil, com entidade civil sem fins lucrativos, ela o faz para exercer atividades de interesse público. Esses serviços não são uma forma de delegação pública, porque a responsabilidade do agente público não se transfere para o agente privado. Isso é muito importante de termos em conta. Por isso o contrato, como o contrato de gestão das OSs ou o termo de parceria da OSCIP, é tão importante.”

“O contrato de serviços da fundação estatal ou estatal de serviços da fundação estatal é um contrato interno que facilita a gestão dos recursos financeiros e das responsabilidades. Mas aquelas responsabilidades são da fundação estatal, com ou sem contrato. Já o contrato com uma organização social, que é uma entidade de fora do Estado, é que vai estabelecer quais são as responsabilidades do privado com relação ao público.”



“É muito importante que o Estado tenha capacidade de fazer e de gerir bons contratos, porque a OS, a OSCIP, as fundações de apoio são muito importantes mas são privadas. Os atores são privados, a governança é privada, o patrimônio é privado e muitas vezes gerem patrimônio público. Por isso, a relevância do contrato ser bem feito. Então, é muito importante a gente ter essas questões bem diferenciadas. Não há melhor ou pior, eu repito, há mais adequado ou menos adequado para uma determinada realidade social, econômica e cultural.”

“Existem Estados em que o controle social e a capacidade de gestão é tão grande que gerir contratos com terceiros é muito mais fácil do que em outras realidades em que o controle social, em que a estruturação da sociedade e a cobrança social ainda estão muito mais preliminares. É preciso uma atuação mais direta do Estado, até formar uma massa crítica, uma capacidade na sociedade de fazer a cobrança. Então, a gente precisa ter bem delimitadas essas questões.”

“É muito importante entender que a escolha de quando descentralizar e como descentralizar — se é uma autarquia que a gente vai descentralizar, se é uma OS, se é uma fundação estatal — não é técnica. Não vamos ter elementos técnicos. Eu gosto muito de citar um poema de Cecília Meireles que todo mundo conhece porque é um poema de criança, o “Ou isto ou aquilo”. Quando a gente escolhe uma coisa, a gente abre mão de outra. Por isso, a escolha é política e tem de ser feita por meio de opções. Você tem que pesar os elementos e do que você está abrindo mão na escolha. A organização social tem mais flexibilidade e agilidade, porque ela não leva consigo o direito público que a administração pública leva. A própria fundação estatal ainda tem o regime de direito público dentro dela.”

“Então, quando eu quero mais flexibilidade, eu abro mão de alguns controles legais. E eu tenho que supri-los de outra forma: com controle social, com controle em cima dela. Agora, se eu mantenho o controle dentro do Estado, eu provavelmente vou ter uma entidade um pouco mais onerosa, porque o regime jurídico pesa, custa. Então, quando a gente pensa no regime jurídico, tem que levar em conta isto: todas as normas, todos os controles legais e normativos que a gente cria custam e é uma escolha da sociedade, quando cria aquele controle, pagar por ele. Então, quando se estabelece um serviço executado por uma entidade da administração, sabe-se de antemão que se quer um pouco mais de controle ali, porque a atividade requer, e não se pode ter tanta



flexibilidade quanto seria possível. Então, são escolhas. Não se deve pensar nunca que com elementos técnicos a gente vai conseguir identificar.”

“Nesse sentido, com a análise do nosso Gradiente, eu queria reafirmar que na escolha do modelo é importante a gente avaliar alguns requisitos que são constitutivos do próprio modelo jurídico e institucional que a gente está criando. Primeiro, é a finalidade e a competência que se quer descentralizar. Aquela finalidade é privativa do Estado, envolve poder de polícia? Se envolver poder de polícia, não pode ser passada para o privado. Se não envolver, se forem áreas de prestação de serviço previstas pela própria Constituição, com a participação do agente privado, da sociedade, aí, sim, vamos ver, então, se essa atividade deve ou não ser descentralizada para uma autarquia. E, se for, eu posso passar isso para fora, para mão de um terceiro que seja meu parceiro? O primeiro ponto é a atividade, a finalidade de se descentralizar.”

“O segundo é quem vai instituir. Se é o Estado que está instituindo, então essa entidade é pública — pública de direito público ou pública de direito privado, mas é pública. Se é o terceiro que instituiu e vai ser parceiro do Estado, então ela é privada. A característica, a natureza do ente instituidor, de como ela se constitui, quem são seus entes instituidores, é muito importante também. Terceiro, e mais importante, é o direito de propriedade. De quem é o direito de propriedade dessa instituição? O patrimônio dela é público? A governança: quem manda nessa instituição? São autoridades públicas? Os agentes: o vínculo empregatício dos agentes é com o setor público ou é com o privado? É aí que a gente começa a diferenciar as entidades da administração pública, que tem empregados e servidores públicos com vínculo direto, e os agentes e os empregados de entidades civis com parceria. Então, a gente precisa saber, em relação à finalidade, qual é o mais importante.”

“O quarto ponto que tem de ser olhado também é o financiamento: quem é que vai pagar? É o Poder Público que está pagando ou vão entrar fontes de terceiros? Também isso é relevante na escolha do modelo. E, finalmente, quando se analisa todos esses pontos, pode-se identificar qual é o modelo jurídico mais adequado, qual é o regime jurídico que nós vamos aplicar a essa entidade e que forma de controle deve haver. Se ela for da administração pública, vai haver o controle institucional de qualquer forma — o controle do Ministério Público, o controle dos órgãos internos de controle, o controle primário da própria administração, por meio da supervisão ministerial, e o controle do TCU. Esses controles são inerentes. Mas, além disso, devemos instituir mecanismos de



controle social? Se ela for uma entidade prestadora de serviços diretos à população, o controle social é fundamental. E o controle de resultados, quando é que podemos incluí-lo? Sempre que a gente tiver condições de medir objetivamente os serviços, como no caso da área de saúde, da prestação de serviços de saúde na fundação estatal e na organização social, devemos, sim, incluir o controle de resultados.”

“Então, é isso que vai determinar. São esses elementos que a gente tem de pesar. E na análise desses elementos, a gente tem que levar em consideração a capacidade financeira do órgão de descentralizar, a capacidade da sociedade, das forças políticas de garantir o controle social, principalmente se for uma entidade privada com parceria com o Poder Público para prestação de serviços de natureza continuada, como é o caso da organização social, e das fundações de apoio também, no caso das universidades. E temos que pensar também na capacidade de gestão, na capacidade de funcionar com contrato de gestão, porque é uma outra lógica. Então, são pontos de muita relevância.”

“Para terminar, eu queria só mencionar o seguinte. (...) A lei federal de OS é substancialmente diferente da lei de São Paulo, da lei do DF e de muitas outras. O que não representa muita coisa. Ela só representa o seguinte: são dois modelos diferentes que estão sendo discutidos. A lei federal implica cogestão, como a Lenir gosta sempre de falar, entre o Poder Público e o privado. Quando uma entidade se qualifica como OS, ela tem que aceitar abrir mão da sua governança — 51% da sua governança têm de ser constituídos por representantes do Poder Público mais do controle social. Então, o privado, quando aceita ser uma OS, aceita perder a direção da sua entidade.”

“Outra coisa é que o privado, quando aceita ser uma OS, abre mão de todo e qualquer patrimônio que acumular enquanto for OS. Tanto que, acabar com o contrato de gestão na lei federal, é desqualificar a OS. Ela perde, então, o patrimônio que tiver constituído a partir do momento... E esse patrimônio todo reverte para o Poder Público. Então, é uma espécie de renúncia: “Eu quero ser parceiro, mas eu vou ser parceiro para o bem e para o mal”. Se a coisa der errado, eu abro mão de tudo e fica tudo para o Poder Público. Isso é a lei federal. E nós só temos cinco OS, que estão na área de ciência e tecnologia.”

“A lei estadual é muito importante também. Os modelos são todos ótimos. É só para fazer a diferenciação de que o que está sendo discutido no Supremo é a nossa lei, e tem esses pontos.”



(...) “A descentralização é uma opção política, que tem que levar em consideração a capacidade financeira, de gestão, de controle social e as forças políticas que existem na localidade, no governo que vai descentralizar para poder escolher o melhor modelo. Não existe uma fórmula; existem essas questões que têm que ser avaliadas.

Lenir Santos, Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP, abordou a questão da partilha dos recursos da União para Estados e Municípios, e dos Estados para os Municípios. “Eu acho que nós precisamos, com a máxima urgência, fazer os adequados ordenamentos para isso.”

“A Lei Orgânica da Saúde trata, no art. 35, exatamente da questão do rateio, que está, depois, posto na Emenda Constitucional 29, que diz que lei complementar irá dispor de quatro temas, dentre eles, como deve ser feito o rateio dos recursos da União para Estados e Municípios. Eu gostaria de chamar a atenção para o fato de que nós estamos, desde a lei orgânica, com 20 anos de SUS, fazendo uma profunda confusão, e também uma ilegalidade, no tocante a essa questão da partilha. Primeiro, porque nós não adotamos os critérios do art. 35; nós adotamos os critérios do art. 26, que está dentro do capítulo que trata da participação complementar do setor privado no SUS, que é a tabela de procedimento.”

“A tabela de procedimento prevista na Lei nº 8.080, no art. 26, é para se remunerar o setor complementar, é para pagar o privado. E nós adotamos isso para fazer as partilhas e o rateio. Nós estamos cometendo esse erro há 21 anos, e não corrigimos isso. Eu gostaria de chamar a atenção para o sistema de controle tanto interno, que é o Sistema Nacional de Auditoria e a CGU, como o do Tribunal de Contas da União. Ninguém aponta esse grave erro, essa grave ilegalidade que o sistema comete de usar uma tabela de procedimento que, pela lei, é para remunerar o setor complementar. Ele usa esse critério para fazer a partilha, e não está estabelecido no art. 35 da lei. Acho que é uma coisa que a gente precisa resolver.”

“Eu tenho dito que o Sistema Único de Saúde poderia ter outro nome, poderia se chamar Sistema Interfederativo de Saúde. Na realidade, ele é isso, é um sistema que conjuga ações e serviços de todos os entes



federativos em uma rede regionalizada. E, para isso, a gente precisa da partilha do dinheiro público. Esse dinheiro público tem que vir, tem que ter critérios legais. Essa partilha não pode ser feita como é hoje pelo Ministério da Saúde, que faz isso há 21 anos. Acho que a gente precisa promover essa mudança para termos realmente um sistema interfederativo no tocante ao financiamento. Ainda que sempre tenha dinheiro da União nos Estados e dos Estados no Município, eles não são partilhados de maneira adequada, o rateio não é feito dentro da legalidade.”

“Outra questão que eu acho extremamente importante é que, exatamente por nós adotarmos um sistema de partilha que não é o sistema previsto na lei, e sim um sistema de tabela de procedimento, nós acabamos induzindo todo o controle. Então, na realidade, o controle persegue o dinheiro, onde está o dinheiro. Então, o dinheiro federal está lá no Estado, está lá no Município, e ele vai fazer, então, o controle sobre essa tabela. Acho que a gente precisa agora inovar nessa discussão. O que Sergipe começou a fazer com a sua reforma sanitária, com o seu conjunto de leis, abordando a questão do padrão de integralidade. Agora, com o recém publicado Decreto nº 7.508, que traz a RENASES, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, nós temos que parar de achar que tabela de procedimento é direito, que tabela de procedimento é RENASES, porque não é.”

“Então, quando formos discutir como vai ser confeccionada essa Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, não podemos confundi-la com tabela de procedimento, que é o que faz o tempo todo no Ministério da Saúde. Quando se fala em direito da saúde e padrão de integralidade, fala-se em tabela de procedimento, que está no art. 26 e que foi feita para remunerar serviço do setor privado. E nós estamos confundindo isso com direito. Então essas correções precisamos fazer com a máxima urgência, porque já faz 21 anos que nós estamos fazendo essas coisas de maneira equivocada.”

“Uma coisa que também aconteceu em Sergipe — eu louvo muito o Deputado ter tido coragem de fazer mudanças radicais lá — foi essa divisão interna das atividades do Poder Público dentro da área da saúde. São aquelas atividades que têm poder de autoridade, que tem poder de polícia e que tem que ficar obrigatoriamente dentro da administração direta. E essas atividades que são de prestação de serviços para a população, que lidam diretamente com a população, como a atividade hospitalar, ambulatorial, atenção primária, devem ter





uma forma de atuação mais ágil, uma forma de atuação mais rápida, condizente com a urgência, com as necessidades urgentes que, muitas vezes, tem a saúde.”

“A saúde primeiramente protege a vida e trabalha o tempo todo com coisas que são mais urgentes, mais rápidas, mais necessárias. Portanto, não pode ter uma forma de atuação lenta, vagarosa, que podem ter muitas vezes as atividades que têm poder de autoridade, que têm poder de polícia. Não se pode ter isso nessa prestação de serviço. Então eu acho que é preciso que se tenha coragem de fazer essa repartição internamente, para se colocarem essas atividades dentro da administração direta e as outras dentro da administração indireta.”

“A Valéria estava aqui dizendo que a fundação estatal é administração indireta e que existem outras formas, outras figuras que a gente pode ter dentro da administração indireta para dotá-la de mais agilidade, de mais rapidez, de mais eficiência, de mais economicidade, para realmente proteger a vida, porque quando a gente fala em saúde, a gente fala em vida no seu mais amplo sentido. E a gente não vai conseguir fazer com o sistema... A nossa administração pública é extremamente morosa, é extremamente burocratizada, e nós temos que ter coragem de fazer essas mudanças. Eu não estou falando em terceirização; estou falando em divisão dentro da administração direta e da administração indireta. E também acho que a gente não pode ter medo de falar em terceirização, porque terceirização existe na Constituição.”

“A concessão e a permissão, que estão no art. 175 da Constituição, são terceirizações, são terceirizações constitucionais. A Constituição permitiu a participação complementar do setor privado no SUS, isso também é terceirização, permitida pela Constituição. Depois foi um pouco mais regulada na Lei 8.080, e mal regulada fora da Lei 8.080, o que ocasiona hoje essa confusão. Eu acho que é preciso haver decretos para regular esses artigos da Lei 8.080 e podermos dar uma melhor qualificação a essa questão da terceirização. A Valéria, inclusive, tocou rapidamente no assunto da cogestão. E eu acho que são coisas que muitas vezes podem ser relevantes dentro do Sistema Único de Saúde.”

“Então, eu penso que nós temos que ter coragem — e nós acabamos não tendo — de fazer algumas coisas. Quando se fala em terceirização, todo mundo se arrepiava, mas a concessão e a permissão são feitas. Todo mundo fala: “Ah, mas na concessão e na permissão o usuário remunera diretamente o concessionário ou o permissionário.” Isso, no fundo, é um tributo,



uma taxa. Quando se fala que são tarifas, inúmeros estudos mostram que essas tarifas são taxas, e taxa é considerado um tributo também. Então, existem tributos que se pagam de forma indireta, como imposto, e aqueles que se pagam diretamente.”

“O controle é feito em cima das permissionárias e concessionárias de serviços públicos exclusivos do poder público. O setor privado só vai atuar se tiver concessão ou permissão. É diferente da saúde e da educação, em que ele pode tanto ser explorado pelo setor privado como pelo poder público, e ele não sofre inúmeros controles, o pessoal não faz concurso, e ele não presta contas ao Tribunal de Contas. Enfim, nós precisamos começar a encarar essas coisas: serviços públicos exclusivos, que estão nas mãos do privado e são remunerados pelo usuário indiretamente, mas que são, na realidade, uma forma de serem tributados.”

“Então, eu acho que precisamos desmistificar esse nome e começar a qualificar o que podemos fazer e o que não podemos fazer, mas com qualidade, com controle, com avaliação. O SUS precisa disso. Então, é necessário se repensar aquilo que vai para a administração direta, aquilo que vai para a administração indireta e o que pode realmente ser atividade terceirizada.”

Ao final complementou: ... “não existe um modelo, existem vários modelos. E qual é o melhor modelo? É aquele que atende melhor ao interesse público. É isso que sempre temos de olhar. Aquele que está atendendo melhor ao interesse público, naquele momento, é o melhor modelo.”

Respondendo aos internautas, que enviaram questões por meio do bate-papo simultâneo transmitido ao vivo (com imagem) pela comunidade da Subcomissão no Projeto e-Democracia da Câmara dos Deputados, o Deputado João Ananias abordou os consórcios municipais para a prestação de ações de serviços de saúde. “Eu, particularmente, sou a favor da administração direta, administração pública direta. Sempre fui. O consórcio, para nós, foi uma forma de empoderar os Municípios. Ou seja, nós temos no Ceará 21 microrregiões, variando muito: uma com vinte e tantos Municípios, outra com cinco, oito, dez. E aí o consórcio implantou policlínicas e CEOs. Policlínicas como centros para atenção secundária, tanto no auxílio ao diagnóstico, quanto nas especialidades médicas, foi uma proposta posta em prática pelo Governador Cid Gomes. Eu era então Secretário de Saúde, e nós adotamos o consórcio. Discutimos intensamente isso, e implantamos o consórcio público de direito



público. Já o Secretário Rogério implantou fundações que, com certeza, como vimos, têm êxitos. Mas o nosso modelo também tem êxito.”

“Eu, particularmente, entendo que não exaurimos as possibilidades na administração direta, até por que tivemos um grande impedimento histórico, que foi o financiamento. Como é que administramos com tantos gargalos? Lá foi porque o Governador Marcelo Déda, juntamente com o Rogério, colocou 300 milhões em investimento, mais do que o Rio Grande do Sul nos seus devidos tempos. E as diferenças sócio-políticas e geográficas são imensas. No Ceará, foi porque o Governador Cid Gomes colocou 800 milhões em 3 anos. Com dinheiro se faz, com dinheiro melhoramos, avançamos. Sem dinheiro não adianta. Está aí o Hospital Universitário da Universidade Federal do Estado do Ceará fechado desde 1992, assim como a sua emergência. Quer dizer, reduzindo o ensino médico. Mas foi fechado por quê? É modelo de gestão? Claro que não. Está fechado porque não tiveram como bancar.”

“Então, eu, particularmente, defendo a carreira de Estado. Podem achar um absurdo a comparação, mas eu digo sempre que nunca vi um promotor de justiça abandonar uma comarca, nunca vi um juiz largar a sua comarca e ir para outra ou ir embora, mas já vi muitos médicos abandonarem o PSF, porque o Município vizinho propôs 200 reais a mais. Então, acho que é preciso definir isso. Aí a Valéria colocou uma questão interessante: é uma decisão política do Estado de Sergipe, que é autônomo, do Estado do Ceará, do Estado de São Paulo, de Minas Gerais, que tem muitos avanços. Estive lá e pude observar.”

“Enfim, o certo é que temos de lutar. Acho que o que nos une é a compreensão de que o nosso grave problema é financiamento. Temos problemas de gestão? Claro que temos, quem é que não tem? Quem é que tem a pretensão de dizer que chegou ao cume do ponto de vista da gestão? Ninguém. Ninguém mesmo. E aonde chegou? Na educação? Aonde chegamos? Em qual área do serviço público no Brasil? E vamos para outras nações observar. Então, não temos, estamos longe disso.”

“Agora, nós avançamos demais. Digo sempre que passamos da metade do caminho e estamos correndo o risco de retroagir, de voltar, exatamente porque chegamos a uma encruzilhada tal que, ou se financia e incorpora a tecnologia em saúde, que é cara... É isso que os gestores da área econômica precisam entender. Eu comprei um tomógrafo por 700 mil no primeiro



ano da minha gestão e, no último ano, comprei um Multislice para um serviço de AVC que implantamos, por 2 milhões e 700 mil. Então, é essa diferença que faz da Saúde ter uma natureza própria.”

“Há a pressa, como a Dra. Lenir colocou, por conta da vida. Nós tratamos de vida. Além dessa pressa, é uma área baseada em ciência e informação, e ficamos a depender de profissionais especializados ou ultraespecializados. Aí temos que financiar isso. Quer dizer, não dá para ficarmos fazendo de conta, porque lá na ponta estoura. É o caso das emergências, das UTIs, isso tudo. Portanto, acho que é essa a questão.”

“Por último, controle social, na minha concepção, não se organiza de cima para baixo. Vejam os Conselhos Municipais, que são um exemplo clássico disso. Formaram-se a partir da lei. Tem que ter o Fundo Municipal de Saúde, tem que ter o Conselho Municipal de Saúde. Eles se organizaram como quem escolhe uma banda de música. Por exemplo, vamos escolher aqui pessoas para tocar numa banda de música? Não! O controle social, o controle da população só se dá se houver participação. E participação é uma semente que se planta, se vai provando, colhendo, obtendo resultados. Aí, sim, ela se fortalece e não abre mão. Depois, se alguém quiser dar o drible não consegue.”

“Então, não se faz controle social em gabinete, com decisão de gabinete, nem com decreto, nem com lei. Essa é uma questão em relação à qual acho que nós nos equivocamos. No Ceará, por exemplo, resolveram criar Conselhos Municipais de Desenvolvimento Social — CMDs. Tínhamos um Conselho Popular no Município, que era o mais antigo do Estado, mas disseram que ele não valia, que era preciso criar o CMDs, porque esse modelo tinha que ter tantos usuários, tantos institucionais, não sei o quê. Burocratizaram os conselhos, e eles ainda hoje estão lá sob a égide e o comando dos prefeitos, que, com raras exceções, mudam o conselheiro como quem muda de camisa. Então, o controle social falha porque ele foi criado, a meu ver, em cima de uma base absolutamente falha. Mesmo assim nós estamos avançando, porque o sentimento, a consciência de cidadania, a cobrança está se dando. Então, à medida que se conquistam resultados, a população começa a aprová-los e a se agarrar mais na participação e na cobrança. Aí, sim, fortalece-se o controle social.”



A Deputada Célia Rocha destacou os avanços e equívocos do SUS. “Talvez pelo momento que se vivia não enxergássemos muita coisa que aconteceu ao longo desses 21 anos, como o avanço tecnológico e muitas outras coisas mais. Então, hoje temos de pensar na reforma da reforma. Sonhávamos com aquela reforma. Não pensávamos nunca em terceirização, em concessão, em nada que não fosse direto. Não admitíamos essa possibilidade. No entanto, hoje, vemos com a clareza, porque todos esses nossos encontros têm mostrado, como as realidades são diferentes.”

“Ao longo desses anos todos, o próprio Ministério, ao pensar nesse Brasilão tão grande e tão diferente, imaginou-o tão igual, que achava que tudo cabia em todos os espaços. Hoje a gente vê que não é assim. E aqui a gente traz, cada um, um pedacinho do seu pedaço de chão, um pedacinho da sua vivência, da sua experiência. Com certeza, diante dessa pessoinha que pergunta, que ainda reclama da demora, que precisa esperar seis meses para conseguir uma consulta considerada de rotina para a sua mãe idosa, a gente se dá conta de como, em alguns pedacinhos de chão deste País, a coisa está difícil. Como esse nosso SUS, que é o patrimônio deste povo, ainda deixa de oferecer uma consulta de rotina para uma pessoa idosa? Enfim, as realidades são muito distintas mesmo, tudo isso é cada Município em si.”

“Nós estamos trabalhando agora, no meu Estado de Alagoas, um consórcio para um aterro sanitário. É um lixão. A gente sabe da dificuldade e está tentando juntar Municípios para se consorciarem, para trabalharem a proposta de um aterro sanitário. Isso se estende ao longo de meses. Foi o que eu vi acontecer quando o João Ananias conseguiu implantar, depois de muita luta e muito sacrifício, os consórcios em Fortaleza, no Ceará. Enfim, a gente vê como há experiências exitosas em todas essas diferentes maneiras de governança.”

“Uma das coisas que acho que erramos no Pactos pela Vida, fracassamos mesmo, foi quando a gente não conseguiu mobilizar o usuário. Percebemos como o nosso controle social, que responderia a muitas dessas questões, é incipiente. Como se disse aqui, como há Municípios que dão conta da atenção primária, fazem de verdade a sua parte! Contudo, são agredidos por outros, pelos vizinhos que superlotam a capacidade daqueles. O vizinho não faz nada. O que acontece? Fica por isso mesmo.”



“No entanto, estou percebendo que o próprio Ministério da Saúde está repensando isso, está vendo uma maneira diferente de privilegiar, com mais recursos, aqueles que atenderem às suas metas, que derem resultados, em relação aos que realmente não alcançam. Isso era uma coisa que não acontecia. Era tudo muito igual para todo mundo, independentemente da forma como cada um estivesse atuando.”

“Portanto, quero só dizer da minha alegria de estar aqui, da minha alegria de conhecer essa figura que leio e que amo, a Valéria, que já é tão presente. Enfim, estou muito feliz por participar desta Comissão porque sei que o Rogério é um homem destemido, corajoso. Fez na cidade dele o que o Estado de Alagoas deveria fazer. Este Estado está tão pertinho, que poderia pegar as boas práticas e fazê-las. Mas em nosso Estado ainda vemos a realidade de um monstro construído: um hospital enorme que ninguém entende. Um elefante branco foi construído. Por quê? Porque alguém, um dia, inventou de colocar uma emenda de bancada sem pensar em absolutamente nada, a não ser criar um monstro, que hoje está lá dificultando a vida do Estado das Alagoas. Essas são coisas que ainda acontecem. Quando há tanta gente pensando, tanta gente boa, tanta gente com modelos exitosos, Estados e Municípios ainda sofrem coisas desta natureza: pessoas não conseguem atendimento, demoram seis meses para conseguir atendimento para consulta.”

“E há a questão da participação social, do controle social. A gente precisaria encontrar uma maneira de mobilizar esse povo. Minha gente, na minha cidade, há um cidadão chamado Zé da Feira, um poeta de literatura de cordel. Ele é que escreve lá. Quando a gente se mobiliza na cidade contra a dengue, ele faz um cordel da dengue e vai para a feira. Esse é um usuário do SUS que o defende. Com a Rede Cegonha — já estou falando da Rede Cegonha na minha cidade —, ele já compôs um poema. Vou fazer um discurso em plenário para mostrar como há usuário do SUS que o defende, que acredita. Infelizmente, a gente não está conseguindo dar a resposta que merece esse povo, esse usuário que acredita, apesar de termos tanta cabeça boa e tanta gente com experiências tão exitosas.”



**J) Reunião sobre Financiamento, fontes de recursos para o SUS,  
Emenda 29 e controle social (23/08/11)**

São apresentados os pontos principais levantados pelos participantes.

Alcides Ribeiro (Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde - COFIN-CNS):

atendimentos do SUS em cidades de fronteira internacional.

problemas de gestão devido a alta rotatividade de gestores.

problemas de gestão devido a alta rotatividade de gestores.

Silvio Silva (COFIN-CNS):

necessidade de aprofundar o debate com o movimento popular e o governo.

previsão de resistência do setor privado a melhorias no SUS.

Eli Andrade - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO):

acerto da opção pela universalidade e integralidade.

momento de reconstituir o projeto de sistema público de saúde.

perigo da segmentação entre os que têm planos de saúde e os que não têm.

necessidade de reorganização da atenção primária.

destacou a agenda estratégica defendida pela Abrasco.

Fernando Eliotério (COFIN-CNS):

valorização da série histórica já existente.

preocupação com a segmentação da população segundo participação em planos de saúde.



Pedro Tourinho (COFIN-CNS):

☐ preocupação com a segmentação no acesso.

☐ questionamento sobre o nó crítico da regulamentação da

Emenda 29.

Deputado João Ananias:

☐ o discurso de problemas apenas na gestão do SUS é falacioso. Como atender às demandas contraditórias da mídia de redução de gastos públicos e melhoria nos serviços prestados?

☐ a população está pouco mobilizada para a aprovação da

Emenda 29.

Deputado Chico D'Angelo:

☐ há fragmentação no dispêndio de energia e perda da batalha perante a opinião pública e formadores de opinião.

☐ falamos muito para nós mesmos, precisamos divulgar melhor o que fazemos, pois há dificuldade na obtenção de apoio para aumentar o financiamento.

Deputado Rogério Carvalho:

☐ a segmentação da população para fins de planejamento sanitário não fere direitos, pois à medida que a qualidade dos serviços forem melhorando e mais setores procurarem o SUS, será progressivamente planejado um aumento de cobertura para atender a todos.

☐ a segmentação facilitará a implementação de mecanismo de ressarcimento ao SUS pelos planos de saúde.

Deputada Célia Rocha:

☐ propôs realização de evento que marque os 21 anos do SUS.

Os participantes sugeriram que a Subcomissão poderia auxiliar na integração dos esforços das instituições e movimentos sociais, participando de eventos regulares com as mesmas.



277F6C0F34



**L) Projeto de Lei sobre a integralidade e a universalidade**

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2011**

Altera a Lei nº 8.080, DE 19 DE setembro de 1990, para dispor sobre a integralidade e a universalidade.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** O art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação, renumerando os incisos:

Art.7º.....  
 .....  
 I – universalidade de acesso;  
 II – integralidade de assistência;  
 III – eqüidade;  
 .....” (NR)

**Art. 3º** O Título II, Capítulo II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido das seguintes Seções I e II:

“SEÇÃO I  
 UNIVERSALIDADE DE ACESSO

Art.7º-A É assegurada a universalidade de acesso às ações, serviços, tecnologia e insumos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS dentro do padrão de integralidade de atenção à saúde, definido nesta Lei.

§1º Considera-se atenção à saúde o conjunto de ações e serviços destinados ao atendimento integral das necessidades individuais e coletivas de saúde da população, de acordo com o padrão de integralidade, produzidos e distribuídos em rede intergovernamental de serviços de saúde.

§2º Para fins exclusivamente de planejamento sanitário, considera-se população usuária (PU) a diferença entre a população total em determinado território (PT) e a população usuária de planos e seguros de



277F6C0F34

assistência à saúde neste território (PUPS), acrescida da população referenciada nesse mesmo território (PR), definida pela seguinte equação:

$$PU = PT - PUPS + PR$$

§3º Considera-se população referenciada aquela população circulante dentro de determinado município que, muito embora não residente neste município, tem como referência e utiliza os estabelecimentos, os recursos humanos, os insumos, as ações e serviços de saúde deste município, devendo, portanto, ser mensurada para fins de elaboração do planejamento sanitário utilizando-se como critério para definição de território.

§4º O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS disponibilizarão para estados, Distrito Federal e Municípios o total da população usuária de planos e seguros de assistência à saúde (PUPS) por estado, Município e região, a fim de que estados, Distrito Federal e Municípios elaborem o seu planejamento sanitário, objetivando pactuar a responsabilidade sanitária.

Art. 7º-B A diferença entre população usuária (PU) e população total (PT), esta formada pela população residente (PRes) e a população referenciada em determinado território (PR), não é óbice para o acesso universal no Sistema Único de Saúde – SUS, vedado aos estabelecimentos próprios do SUS e às instituições vinculadas ao SUS, em qualquer nível de governo, negar atendimento, inquirir e investigar, por qualquer meio, se o cidadão ou grupo que procura atendimento na rede possui ou não plano de saúde ou seguro de assistência à saúde, sob pena do agente incidir no art. 11, inciso I da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992 (Lei de Improbidade Administrativa).

Art. 7º-C O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS se dá pela porta de entrada estabelecida na legislação.

## SEÇÃO II DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Art. 7º-D O padrão de integralidade é definido como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde preventivos, diagnósticos, terapêuticos, de promoção, proteção e manutenção da saúde, cura e reabilitação, dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, em conformidade com normas técnicas e científicas que garantam qualidade, eficiência e eficácia, com o objetivo de assegurar as condições básicas e comuns para uma atenção à saúde integral, permanente e adequada, regida pelas seguintes diretrizes:

I – obrigatório para todo o Sistema Único de Saúde, formado pelo sistema público, privado e suplementar;



277F6C0F34

- II – prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em condições de igualdade e equidade;
- III – garantia de acesso universal;
- IV – coordenação e cooperação dos entes federados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS para superação das desigualdades na saúde;
- V – financiamento público do Sistema Único de Saúde – SUS, vedado a modificação do sistema de financiamento que implique em redução de aportes de recursos para o SUS, sob pena de incidência do art. 52 desta Lei;
- VI – colaboração entre o sistema público, privado e subsistema suplementar de saúde, e ao ressarcimento de que trata o art. 7º-G desta Lei e o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde).

Art. 7º-E As ações e serviços de saúde que formam o padrão de integralidade, e suas alterações, serão pactuados por consenso pelo Conselho Tripartite do SUS, homologado pelo Conselho Nacional de Saúde, e formalizado por meio do contrato de ação pública.

§1º O padrão de integralidade, e suas alterações, de que trata o *caput* deste artigo deverá considerar a eficácia, eficiência, efetividade, segurança e utilidade terapêutica, assim como as vantagens e alternativas assistenciais, atenção aos grupos vulneráveis ou de risco, e as necessidades sociais e seus impactos econômicos e organizativos.

§2º Em qualquer caso, não serão incluídas no padrão de integralidade as técnicas, tecnologias e procedimentos cuja contribuição eficaz a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cura da enfermidade, prolongamento da vida ou melhora da esperança de vida, autonomia e eliminação ou diminuição da dor e do sofrimento não estejam suficientemente comprovadas, inclusive, medicamentos e produtos, nacionais ou importados, procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado, ou sem registro, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

§3º Os estados, o Distrito Federal e os Municípios, no âmbito de suas competências, poderão elaborar os seus próprios padrão de integralidade, a ser pactuado no respectivo Conselho de Gestão do SUS e homologado nos Conselhos de Saúde, e nunca inferior ao padrão de integralidade de âmbito nacional.

§4º Os Municípios que formarem regiões objetivando prestar ações e serviços de saúde poderão elaborar o seu próprio padrão de integralidade, desde que não inferior ao padrão de integralidade de âmbito nacional, a ser pactuado no respectivo Conselho Estadual de Gestão do SUS e homologado pelo Conselho de Saúde do estado.

Art.7º-F Compete à direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito nacional elaborar a proposta de padrão de integralidade e suas alterações, para ser definida e aprovada, por consenso, no Conselho Nacional de Gestão do SUS e homologada no Conselho Nacional de Saúde, conforme disposto no art. 7-E desta Lei.



§1º A elaboração da proposta do padrão de integralidade, e suas alterações, contará com o assessoramento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias e Insumos no SUS.

§2º São legitimados a propor alterações no padrão de integralidade à direção do Sistema Único de Saúde – SUS de âmbito nacional:

- I – todos os entes federativos;
- II – o Conselho Nacional de Saúde;
- III – o Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde;
- IV – o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde;
- V – o Conselho Federal de Medicina;
- VI – o Conselho Federal de Odontologia;
- VII – o Conselho Federal de Enfermagem;
- VIII – Conselho de Farmácia

§3º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento serão definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante, de notório conhecimento técnico e científico em gestão do SUS, indicado pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde e pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde.

§4º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS levará em consideração, necessariamente:

- I – as evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, a efetividade e a segurança das ações e serviços de saúde preventivos, diagnósticos, terapêuticos, de promoção e manutenção da saúde, medicamentos e produtos de interesse para a saúde, acatadas pelo órgão competente para o registro ou autorização de uso;
- II – a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive, no que se refere ao atendimento domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

§5º A alteração do padrão de integralidade a que se refere este artigo será efetuada mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contados da data em que for protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem, observando-se, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999 e as seguintes determinações especiais:

- I – apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no §4º deste artigo;
- II – realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS;
- III – realização de audiência pública, antes de tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§6º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS poderá ser assessorada por representantes de notório saber especializado e científico de entidades de ensino, pesquisa, produção de conhecimento, de regulamentação e dos Conselhos de profissões

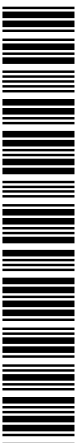


regulamentadas, ou confederação, ou associação de âmbito nacional, conforme a necessidade for demonstrada pela maioria absoluta dos seus membros.

§7º Os membros da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e Insumos no SUS e de assessoramento têm direito a remuneração pela participação nos trabalhos, conforme dispuser legislação.

Sala das Sessões, em

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DO SUS



277F6C0F34

**M) Indica a criação dos conselhos de Gestão e Comissões**

## Requerimento

Requer o envio de Indicação à Presidência da República, sugerindo a propositura de iniciativa de lei para a criação dos Conselhos de Gestão do SUS, da Comissão de Interlocução e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacias Públicas.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex<sup>a</sup>. seja encaminhada à Presidência da República a Indicação em anexo, sugerindo a criação dos entes expressos na epígrafe.

Sala das Sessões, em            de            de 2011.

SUBCOMISSÃO DO SUS



277F6C0F34

**INDICAÇÃO Nº , DE 2011**

Sugere à Presidência da República a criação dos Conselhos de Gestão do SUS e das Comissões de Interlocação e Apoio ao Poder Judiciário, ao Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacias Públicas.

Excelentíssima senhora Presidente da República:

Em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles. Então, federalismo é um sistema baseado na distribuição territorial – constitucionalmente definida e assegurada – de poder e autoridade entre instâncias de governo, de tal forma que os governos nacional e subnacionais são independentes em sua esfera própria de ação, mas interdependente em relação ao todo orgânico e único que forma o Estado. Caracteriza-se pela não centralização, isto é, pela difusão dos poderes de governo entre muitos centros, nos quais a autoridade não resulta da delegação de um poder central, mas é conferida por sufrágio popular.

Vê-se que o poder é compartilhado, o que exige uma relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e sua interdependência.

Logo, quando se fala em cooperação intergovernamental se está a tratar da instauração de mecanismos de parceria que disponham de um



277F6C0F34

espaço público para que os entes federativos possam pactuar ações, regras, metas, entre outras. Como espaço público para que esses mecanismos atuem, sugerimos no âmbito do SUS: os Conselhos nacionais e estaduais de Gestão do SUS, Comissão de Interlocação e Apoio ao Sistema Judicial.

Aqueles instrumentos e esses espaços públicos perfazem um sistema de governança, essencial para o funcionamento ético, eficaz e eficiente do SUS. E se diga de passagem, vários desses mecanismos e espaços não são novos no sistema de saúde, pois estão postos e disponíveis a um bom tempo – ainda que de modo eclético e vulgarizado, sem uma concepção de governança e, especialmente, sem marco legal e por instrumentos frágeis.

Por sua vez, sabe-se que eles são informais, não vinculam e nem responsabilizam os entes federados e sequer contam com um marco legal regulatório que dê segurança e clareza acerca das regras da política e das atribuições de cada nível de governo para efetivar o direito à saúde.

De qualquer modo, acentue-se que a Comissão de Interlocação e Apoio ao Judiciário, Ministério Público, Defensorias Públicas e Advocacia Pública tem a finalidade de: (i) Interagir proativamente com o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Advocacia Pública na definição dos fluxos de fornecimento de medicamentos e de execução de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde correspondente; (ii) Uniformizar o posicionamento institucional no que respeita as demandas judiciais; (iii) Prestar apoio técnico à Advocacia Pública na defesa dos interesses da Administração; (iv) Dar suporte às Defensorias Públicas, orientando-lhes, se for o caso, sobre as padronizações, fluxos e protocolos do Sistema Único de Saúde.

Preende, também, identificar, dentro das demandas que lhe são enviadas, tanto as fragilidades do SUS que estão ensejando a judicialização da saúde, como o surgimento de grupos de interesses com o objetivo de impor ao Poder Público o pagamento de ações ou serviços de saúde sem indicação reconhecida dos órgãos competentes e comprovação científica.

Ademais, em uma estrutura de cooperação intergovernamental e coordenação intragovernamental, a Comissão busca unificar conceitos e compartilhar informações com outros entes federados e com os demais órgãos do próprio nível de governo.



277F6C0F34



Por essa razão, sugere-se que Vossa Excelência determine a criação dos aludidos entes, por meio de iniciativa legislativa.

Sala das Sessões, em                    de                    de 2011.

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DO SUS



277F6C0F34

**N) Indica a programação de ações e serviços de saúde, diretrizes para a descentralização e o mapa sanitário**

Requerimento

Requer o envio de Indicação à Presidência da República, sugerindo a propositura de lei para disciplinar a programação de ações e serviços de saúde, diretrizes para a descentralização e o mapa sanitário.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada à Presidência da República a Indicação em anexo, sugerindo a propositura de legislação expressa na ementa.

Sala das Sessões, em        de        de 2011.

SUBCOMISSÃO DO SUS



277F6C0F34

**INDICAÇÃO Nº , DE 2011**

Sugere à Presidência da República a propositura de lei para disciplinar a programação de ações e serviços de saúde, diretrizes para a descentralização e o mapa sanitário.

Excelentíssima senhora Presidente da República:

O SUS superou o momento da descentralização e agora se impõe o debate sobre o padrão de integralidade como conformador das atividades do sistema. Tal debate considera o que será ofertado, sendo fundamental para o planejamento sanitário das ações e serviços de saúde, para a organização da rede, para o mapa sanitário e para a definição do papel e responsabilidades de cada ente na disponibilização dessa oferta. O ponto de partida para se conformar um sistema integral, universal, descentralizado, com participação da comunidade e de relevância pública é definir o que será ofertado e para quem será ofertado. Isso requer alguns esclarecimentos.

Em primeiro lugar, a Lei nº 8.080, de 1990, define integralidade como o “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” (art. 7º, II). Esta Lei, em seu art. 5º, define entre os objetivos do SUS “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”. Logo, o entendimento do princípio da integralidade atribui ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou



277F6C0F34

patologia que acometa qualquer cidadão, em todos os níveis de complexidade. E que suas ações contemplem todas as etapas da história das doenças e agravos – a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação.

Entretanto, essa generalidade da definição de integralidade, contida na Constituição e na legislação geral do SUS, é de caráter jus político e, se interpretada sem contextualização da história social, apenas servirá para enfraquecer o direito à saúde. A integralidade é historicamente construída e definida, ainda que seja possível fazer várias formulações a seu respeito. O padrão de integralidade é dependente do financiamento, da riqueza disponível, da opção técnico-assistencial, do grau de integração da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção que se conseguem imprimir na operação cotidiana dos serviços e dos sistemas de saúde, do grau de inclusão social de um povo, da legislação que vigora numa nação, do grau de civilidade incorporada na luta política e dos avanços científicos e tecnológicos.

Definindo que os limites da integralidade são historicamente estabelecidos, pode-se falar de uma integralidade na perspectiva de cada indivíduo e de determinados coletivos. Portanto, para garantir de forma sistêmica a integralidade de cada um dos milhões de usuários do SUS, deve-se trabalhar com a idéia de padrão de integralidade, de onde emanam os componentes de cada projeto terapêutico individual, conformado nas várias interseções entre trabalhadores e usuários, e auxiliado pelo complexo regulatório. E no caso de determinados coletivos, identificados como de risco pelas suas vulnerabilidades, a garantia de integralidade é dada por uma linha de produção de cuidado específica continente de ofertas de vários serviços e redes assistenciais que asseguram garantia de acesso a tecnologias adequadas e vinculam trabalhadores e usuários. É por isso que para se conformar um sistema enquanto rede de ações e de prestação de serviços o ponto inicial é a definição do respectivo objeto.

Torna-se imperioso a edição de uma legislação que possibilite um planejamento sanitário, pactuado de modo intergovernamental e mediante a participação da comunidade, e que estabeleça o padrão de integralidade da saúde do cidadão brasileiro, inclusive, os mecanismos de desenvolvimento e de atualização quando da definição da integralidade. A partir desse planejamento, são definidas as responsabilidades sanitárias dos entes federados, que serão firmadas em contrato de ação pública.



Também é preciso discutir a universalidade, pois a saúde é direito de todos e de acesso universal (art. 196 da Constituição). A Lei nº 8.080, de 1990, repete o preceito constitucional ao estabelecer como princípio a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (art. 7º, I). Para fins de direito e no exercício da cidadania, o acesso às ações e serviços de saúde sempre serão universais. Não obstante, sob o ponto de vista do planejamento das ações e dos serviços de saúde é possível identificar quem são os usuários do sistema. A identificação dos indivíduos e dos grupos sociais que são (serão) atendidos por ações e serviços públicos é ponto basilar para a estruturação de uma política pública.

Identificar os usuários do SUS não significa negar-lhes acesso, pelo contrário, significa requisito necessário para um planejamento sanitário que tenha como foco a qualidade, eficiência, efetividade e eficácia do sistema. O princípio da universalidade não se satisfaz com o simples acesso. Isto se configuraria em mero verniz de legalidade.

Por sua vez, saber a quem os serviços de saúde serão prestados é viabilizar outros princípios que regem o sistema de saúde, por exemplo, o princípio da descentralização e o suporte financeiro para os entes federados. Veja a seguinte hipótese: a resposta à pergunta “a quem o SUS atende?” é mais complexo do que a resposta “a todos”. Quem são “todos”. A população. Mas qual população? Pelo princípio da descentralização, a resposta será os residentes em determinado município, ou os municípios, até porque o sinônimo de descentralização é execução pelos municípios. Entretanto, sabe-se que diversos municípios brasileiros atendem indivíduos que não são residentes em sua circunscrição. E, pelo princípio da universalidade, todo e qualquer indivíduo, residente ou não naquele município, que comparecer ao SUS deve ser atendido. Este posto do SUS deve estar preparado para o atendimento, por isso deve ter planejamento e saber quais seus usuários e o que será prestado a título de ação e serviços de saúde. Vê-se, claramente, a distinção entre os usuários para fins de direito (todos os cidadãos brasileiros) e para fins de planejamento (para fins de conformar o sistema de ações e prestações de serviços de saúde).

Para dar efetividade a esse princípio é preciso mapear a população usuária (para fins de planejamento, pois todos os brasileiros devem ser atendidos pelo SUS, mas é preciso considerar as diferenças regionais de utilização do sistema privado). O cadastramento dos usuários facilita esse processo. Desse modo, as verdadeiras demandas para o sistema serão



277F6C0F34

conhecidas e os serviços programados por meio de consenso dos entes federados, obtidos em suas instâncias deliberativas tripartite.

Então será possível estabelecer contratos para a organização da ação pública, segundo as responsabilidades de cada ente federado. Tais contratos podem ser monitorados segundo indicadores quantificáveis, associados ao atingimento de metas pactuadas. Tais responsabilidades poderão, então, ser devidamente financiadas e objeto de controle interno, externo e social e também do reconhecimento e da valorização pela sociedade. Os recursos humanos precisam de definições estruturais.

Tais objetivos não podem ser atingidos por meio da concretização do planejamento ascendente, uma vez que o recente Decreto 7.508, de 2011, contém falhas porque não trouxe toda a sistemática lógica do sistema. É preciso um marco legal, com segurança jurídica para os entes para que resulte: no mapeamento das necessidades de saúde, segundo regiões; na clara definição dos serviços ofertados pelo SUS e na realização de contratos entre os Entes Federados, com a identificação dos responsáveis pela execução e financiamento.

De qualquer modo, para dar apoio àquele Decreto, recomenda-se legislação estrito sensu que dê suporte ao processo de contratualização entre os Entes Federados, os quais são constitucionalmente autônomos para pactuarem ou não. Não será, pois, dispositivos presentes em decretos que obrigarão entes autônomos a pactuar. Contudo, nova legislação pode obrigar os gestores a tornarem públicas as justificativas de suas decisões relacionadas à participação nos contratos para a organização da ação pública e a divulgarem as medidas associadas ao pacto firmado.

Por essa razão, sugere-se que Vossa Excelência encaminhar ao Congresso Nacional Projeto de Lei consoante os motivos elencados.

Sala das Sessões, em                      de                      de 2011.

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DO SUS



277F6C0F34

**O) Indica a criação do Sistema de Garantia de Acesso e do Selo Vida**

## Requerimento

Requer o envio de Indicação à Presidência da República, sugerindo a propositura de iniciativa de lei para a criação do Sistema de Garantia de Acesso e do Selo Vida.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada à Presidência da República a Indicação em anexo, sugerindo a propositura de legislação expressa na ementa.

Sala das Sessões, em        de        de 2011.

SUBCOMISSÃO DO SUS



277F6C0F34

## INDICAÇÃO Nº , DE 2011

Sugere à Presidência da República a propositura de iniciativa de lei para a criação do Sistema de Garantia de Acesso e o Selo Vida.

Excelentíssima senhora Presidente da República:

A Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso aos serviços de saúde baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente.

Logo, sugere-se que se criem instrumentos para que o Estado efetive o acesso do cidadão ao SUS, pois as falhas do sistema são inúmeras e não será uma lei que logrará suplantar os limites operacionais e de financiamento do SUS presentes no contexto social. É preciso dotar o gestor de meios para executar, pois não o fazendo é cabível a sanção. Ora, para que a esfera formal do direito possa se imiscuir na realidade, um aspecto essencial para o direito é a sua garantia, uma vez que o reconhecimento de um direito tem o valor que a sua garantia lhe concede.

Assim sendo, se propõe a criação de um Sistema de Garantia de Acesso, cujo objetivo é atuar de maneira unificada no atendimento, identificação, reconhecimento e resolutividade das necessidades dos usuários do SUS. A finalidade é inequívoca: garantir-lhes acesso igualitário e equânime às





ações e serviços de saúde que formam o padrão de integralidade. Logo, são direitos assegurados no sistema de garantia de acesso:

- O acesso de todos os usuários do SUS às ações e serviços de saúde individual e coletiva reconhecidas no padrão de integralidade em condições de efetiva igualdade, inclusive no que toca os procedimentos administrativos decorrentes;
- O atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos para assistência à saúde, médico ou não, inclusive administrativo, que se faça necessário e seja oferecido pela unidade sistêmica;
- O acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva se dará independentemente do local do território nacional em que se encontre a cada momento os usuários do SUS, considerando especialmente as singularidades dos territórios isolados;
- O acesso às ações e serviços de saúde considerados como de referência, na forma pactuada no Conselho Nacional de Gestão do SUS;
- O marco de um tempo máximo de acesso às ações e serviços de saúde individual e coletiva de saúde, na forma pactuada no Conselho Nacional de Gestão do SUS;
- Aos usuários, a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nas ações e serviços, hospitais e em outras unidades integrantes de atenção à saúde.
- A informação aos usuários de seus direitos e deveres, das ações e serviços de saúde que conformam o padrão de integralidade; das portas de entrada do sistema; do registro geral das unidades sistêmicas, centros, estabelecimentos e serviços de saúde do Ministério da Saúde, de caráter público;



277F6C0F34

- Os direitos assegurados no sistema de garantia de acesso são aplicados a todas as unidades sistêmicas, portas de entrada do sistema, centros, estabelecimentos, postos, clínicas, hospitais, públicos ou privados, sendo responsabilidade de cada ente federado velar por seu cumprimento no seu respectivo âmbito de jurisdição.

O Sistema Nacional de Garantia de Acesso tem como atribuição garantir e viabilizar o acesso dos usuários do SUS de forma igualitária e equânime às consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais especializados, serviços hospitalares, serviços de urgência e emergência, tratamento fora do domicílio intra e interestaduais, transplantes de órgãos e tecidos, orientando e ordenando os fluxos assistenciais.

Para o fiel cumprimento dessa atribuição, é importantíssimo que o sistema estimule e facilite a cooperação entre os gestores do sistema de saúde das três esferas de governo, assim como implante redes informatizadas integrando as portas de entrada e os pontos sistêmicos às centrais de acesso do sistema. Conseqüentemente, o Sistema Nacional de Garantia de Acesso será instrumentalizado por sistema informatizado de gestão e gerenciamento.

Ademais, se sugere a criação do Selo Vida como incentivo a ser concedido às unidades sistêmicas que ultrapassarem as metas e superem os objetivos estabelecidos no contrato de ação pública. Então, o Selo Vida tem a finalidade de: (i) Apurar a eficiência, eficácia e efetividade; (ii) O impacto na melhoria das condições de saúde da população abrangida; (iii) A satisfação do usuário; (iv) O atendimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas; (v) A observância à garantia de acesso.

Assim sendo, por meio de proposta apresentada pela União, se deverá saber quais os critérios de avaliação e os valores do Selo Vida, observando: os indicadores de garantia de acesso; os indicadores de saúde; os relatórios de gestão e do Sistema Nacional de Avaliação e Monitoramento; e, eventualmente, outros indicadores.

Além disso, as regras que definem os critérios de avaliação e os valores dependerão da ponderação atribuída a cada um dos indicadores acima mencionados. A pontuação obtida pelas unidades sistêmicas deve indicar o valor do percentual financeiro correspondente ao Selo Vida a ser repassado.



Por fim, o Selo Vida poderá ser amplamente utilizado pelo município que o adquirir e servir de critério para redução e renegociação de dívida.

Por essa razão, sugere-se que Vossa Excelência encaminhar ao Congresso Nacional Projeto de Lei consoante os motivos elencados.

Sala das Sessões, em                    de                    de 2011.

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DO SUS



**P) Requer a criação de Subcomissão Especial destinada a tratar da Ordenação da Formação de Recursos Humanos e da Educação Permanente na Área da Saúde**

**REQUERIMENTO Nº \_\_\_\_\_ DE 2011**

Requer a criação de Subcomissão Especial destinada a tratar da Ordenação da Formação de Recursos Humanos e da Educação Permanente na Área da Saúde.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do artigo nº 29, inciso II, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a criação de Subcomissão Especial, destinada a tratar da Ordenação da Formação de Recursos Humanos e da Educação Permanente na Área da Saúde.

**JUSTIFICACÃO**

O tema proposto para ser objeto de Subcomissão Especial é cheio de nuances legais, controvertido entre ministérios e estudiosos. Vejamos os diversos dispositivos constitucionais e legais:



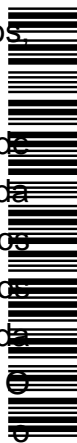
Dispõe o art. 200 da Constituição Federal de 1988 que ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.

Note-se que aparece, tanto a ordenação da formação de Recursos Humanos quanto o desenvolvimento científico e tecnológico, por conseguinte, tanto uma responsabilidade para com a formação de pessoal de saúde de modo geral, quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia no âmbito do próprio sistema. Ao conceber a área de formação como a ação educativa de qualificação de pessoal e a ação investigativa da pesquisa e inovação, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estructurem mecanismos de atuação educacional, que dêem conta de ambas as funções.

E Lei Orgânica da Saúde, por seu turno, no art. 6º diz que estão incluídas no campo de atuação do SUS: III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e o X – o incremento, em sua área de atuação. Já o art. 15 prescreve: A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: IX – participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; XIX – realizar pesquisas e estudos na área da saúde.

A ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS fica explicitada com as demarcações desse artigo: formulação e execução da política de formação e desenvolvimento (formulação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional, quanto a educação continuada) de recursos humanos para a saúde; realização de pesquisas e de estudos na área da saúde (produção de conhecimentos, informações e atualização técnico-profissional, por suposto).

O art 27 da legislação mencionada aponta que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I – organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Parágrafo único do dispositivo assegura: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e pesquisa, mediante normas específicas elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.



Além de reafirmar que os órgãos gestores devem formalizar e executar uma política de recursos humanos em que um de seus objetivos seja a organização de um sistema de formação (todos os níveis, inclusive pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento permanente), o dispositivo coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação o âmbito direto do SUS.

Portanto, é importante o aprofundamento do tema, especialmente sobre a relação entre o Ministério da Educação e Saúde e seus efeitos intragovernamentais.

Sala das Sessões,

SUBCOMISSÃO DO SUS



## Q) Projeto de Lei que dispõe sobre o ressarcimento presumido ao SUS

### PROJETO DE LEI Nº , DE 2011

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a o ressarcimento presumido ao Sistema Único de Saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte dispositivo:

Art. 7º-A Anualmente serão ressarcidos pelas operadoras (RO) de que trata o art. 1º, inciso I e §1º da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998 (Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde) a diferença entre a oferta negociada nos contratos privados de planos e seguros de assistência à saúde (ONPSS) e o padrão de integralidade (PI) que as operadoras estão obrigadas a cumprir, mas que é prestado pelo sistema público, por ser único o sistema de saúde, segundo a seguinte equação:

$$RO = ONPSS - PI$$

§1º O produto da arrecadação de que trata este artigo será depositado, integralmente, no Fundo Nacional de Saúde.

§2º A identificação das operadoras de planos e seguros privados de saúde e o cálculo do ressarcimento; o prazo para o ressarcimento; os acréscimos decorrentes da inadimplência; o prazo para o contraditório e a ampla defesa; a glosa, o abatimento ou a devolução proporcional em caso de eventual identificação entre a oferta negociada nos contratos privados de planos e seguros de assistência à saúde e o padrão de integralidade no decorrer do exercício financeiro serão regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

§3º Constituí título executivo extrajudicial os créditos não ressarcidos para o Sistema Único de Saúde – SUS de que trata este artigo e o art. 32 da Lei 9.656, de 1998, e legislação que os modifique.

§4º Esgotado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, previsto neste artigo, deverá ser oficiada à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN para inscrição em dívida ativa e execução, vedada a rediscussão da matéria”. (NR)



Sala das Sessões,

SUBCOMISSÃO DO SUS



277F6C0F34



**R) Projeto de Lei para estabelecer ressarcimento por procedimento**

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2011**

Altera o art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para estabelecer o crédito ao SUS como dívida ativa da União, a ser cobrada pela Fazenda Nacional.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Os §5º do art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigor com a seguinte redação:

Art. 32 .....

§5º Constituí título executivo extrajudicial os créditos não ressarcidos para o Sistema Único de Saúde – SUS de que trata este artigo e o art. 32 da Lei 9.656, de 1998, e legislação que os modifique. Esgotado o processo administrativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, previsto neste artigo, deverá ser oficiada à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional – PGFN para inscrição em dívida ativa e execução, vedada a rediscussão da matéria”. (NR)

Sala das Sessões,

SUBCOMISSÃO DO SUS



277F6C0F34

## S) Solicita trabalhos à Consultoria Legislativa

### REQUERIMENTO Nº \_\_\_\_\_ DE 2011

Requer a solicitação de trabalhos à Consultoria Legislativa para que, no prazo de 60 dias, apresente os Projetos de Lei que indica em benefício do SUS.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do art. 114 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a solicitação de trabalho especial à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados para que, no prazo de 60 dias, elabore e apresente à esta CSSF os seguintes Projetos de Lei que beneficiam o Sistema Único de Saúde:

- ✓ A criação do Imposto sobre Grandes Movimentações Financeiras – IGMF, indicando-se movimentos mensais acima de 2 milhões de reais, e com instrumentos que impeçam a não aplicação integral de seus respectivos recursos no setor saúde, aproveitando o aprendizado ofertado pela história da CPMF;
- ✓ Extinguir e em alguns casos diminuir às subvenções do Estado às empresas ou aos grupos de medicina – setor privado lucrativo;
- ✓ Estabelecer teto de abatimento do Imposto de Renda de despesas com saúde, acompanhadas de melhoria na qualidade e eficiência do serviço e atendimento.

É importante esclarecer alguns aspectos: primeiro, considerar que o teto do abatimento do IR das despesas médicas deve ser



progressivo no tempo e necessariamente acompanhado de melhoria de qualidade e do atendimento do serviço público de saúde. De qualquer modo, a fixação de teto é um importante mecanismo de extirpar a subvenção do Estado ao setor privado de saúde. E isso impede a transferência, ora direta ora indireta, de recursos de todos e do gasto social para o setor privado de saúde.

De fato, existe no Brasil a forma de transferência direta ou indireta de recursos públicos para o setor privado. Trata-se das subvenções de diversos tipos oferecidas pelo Estado ao setor privado, abrangendo desde a transferência pura e simples de recursos financeiros até a utilização de mecanismos mais sutis, como a renúncia fiscal, seja por isenção do pagamento, do todo ou de parte, de impostos ou contribuições etc., seja ainda por meio do abatimento dos gastos com saúde no cálculo do Imposto de Renda das pessoas físicas e jurídicas.

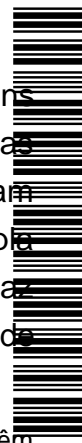
Vale mencionar que os dois tipos de subvenção são bastante disseminados, o primeiro não se limitando apenas ao setor privado não lucrativo<sup>111</sup> – Santas Casas e hospitais de comunidade, como Sírio-Libanês, Einstein, Beneficência Portuguesa etc., mas alcançando grandes empresas de medicina de grupo. O abatimento no IR está praticamente consagrado em nosso meio, constituindo um importante mecanismo de incentivo ao dinâmico setor privado de saúde.

Essa estrutura brasileira de incentivos com as características apresentadas resulta em subvenções regressivas, destinando-se apenas parcelas minoritárias da população de maior poder aquisitivo. Desta maneira concorrem como mais um mecanismo perverso de exclusão social do que propriamente uma ação voltada para a melhoria das condições de acesso e do atendimento aos serviços de saúde.

Em segundo lugar, propugna-se a extinção e, em alguns casos a redução, da subvenção ao setor privado lucrativo, uma vez que essas subvenções governamentais são regressivas. Os casos de redução ocorreriam naquelas situações de predomínio da produção privada, em que haja uma ampla cobertura de serviços à população. Nesta hipótese, a redução se faz acompanhar, necessariamente, da presença de aparelhos públicos e estatais de

---

<sup>111</sup> Um plano de cooperação com o SUS por parte de instituições filantrópicas que mantêm hospitais considerados de excelência foi acertado em novembro de 2008 e constitui uma contrapartida às isenções fiscais concedidas pelo governo federal. Ou seja, como alternativa à prestação de serviços assistenciais, aqueles poderão desenvolver pesquisa, capacitação e apoio a gestão de unidades públicas.



atendimento à saúde. À proporção que o SUS assume o seu lugar, a subvenção é reduzida. Evita-se com isso a retirada abrupta de instrumentos assistenciais de saúde da população.

Sala das Sessões,

SUBCOMISSÃO DO SUS



**T) Projeto de Lei que altera o rateio de recursos do SUS**

**PROJETO DE LEI Nº , DE 2011**

Altera o art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para alterar o rateio de recursos do Sistema Único de Saúde entre os entes Federados.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art.1º** O art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a ter a seguinte redação:

Art. 35 Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, serão adotados os seguintes critérios:

I – a responsabilidade sanitária assumida;

II – as metas e objetivos pactuados no contrato de ação pública;

III – adesão aos programas estabelecidos como prioritários;

IV – critério populacional baseado no total de população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS. (NR)

Sala das Sessões, em

SUBCOMISSÃO ESPECIAL DO SUS



## Referências

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

\_\_\_\_\_. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, Edição Especial Comemorativa 1967-2007, Rio de Janeiro, v. 41, p. 67-86, 2007.

ARAÚJO, Vinícius de Carvalho. **A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho**. Brasília: ENAP, 2002. (Texto para discussão, 45).

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociologia**, Campinas, v. 23, n. 80, set. 2002.

BANCO MUNDIAL. **The Politics of Policies**: economic and social progress in Latin America. 1º reimp. Fev., 2006, Washington, 2006b.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Natureza e Regime Jurídica das Autarquias**. São Paulo: RT, 1968.

\_\_\_\_\_. **Prestação de Serviços Públicos e Administração Indireta**. 2ª ed. São Paulo: RT, 1987.

BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **Revista Atualidades Jurídicas** – Revista Eletrônica do Conselho Federal da OAB. Ed. 4. Janeiro / Fevereiro 2009. Disponível em: <<http://www.oab.org.br/oabeditora/users/revista/1235066670174218181901.pdf>> Acesso em: ago. 2011.

BJÖRKMAN, J. W. Política social, governança e capacidade: reformas e restrições do setor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 3, p. 277-294, jul./set. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.



BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://planalto.gov.br>>. Acesso em: jun. 2011.

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. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://planalto.gov.br>>. Acesso em: jun. 2011.

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. Disponível em: <<http://planalto.gov.br>>. Acesso em: ago. 2011.

BRASIL. **Portaria 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 (SUS). Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: ago. 2011.

CARVALHO, Gilson. **Fundação estatal é legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde.** São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/pesquisas/finish/63/257>>. Acesso em out. 2011.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** 4<sup>o</sup> ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Jornal do Conselho.** Brasília, ano 3, Edição especial, nov. 2007. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornais/jornalfundacao.pdf>>. Acesso em: jun. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1)

DaMATTA, Roberto. Considerações sócio-antropológicas sobre a ética na sociedade brasileira. In: Comissão de Ética. **Encontros entre meios e fins: a experiência da Comissão de Ética Pública.** Brasília : Comissão de Ética Pública. Secretaria Executiva, 2002.

\_\_\_\_\_. Sabe com quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Carnavais, malandros e heróis: para**



277F6C0F34

**uma sociologia do dilema brasileiro**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1997, Cap. IV, p. 187-259.

DRAIBE, Sônia M. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. **Para a Década de 90 Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas**, Brasília, v. 4, p. 1-66, mar.1990. Paginação irregular.

\_\_\_\_\_. Neoliberalismo y políticas sociales: reflexiones a partir de las experiencias latinoamericanas. **Desarrollo Económico Revista de Ciências Sociales**, Buenos Aires, v. 34, n. 134, p.181-196, jul./set. 1994.

ELIAS, Paulo E. **Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil**. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Ed. Cortez, 1996.

Hirschman, Albert. Ideologies of Economic Development in Latin America. In: **Latin American Issues**, Ed. by Albert Hirschman, 1961, The Twentieth Century Fund.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Brasil: o estado de uma nação. Rio de Janeiro:IPEA, 2005.

\_\_\_\_\_. Estado, instituições e democracia: república. Brasília: IPEA, 2010.( Cap. 5 Coordenação e cooperação no federalismo brasileiro: avanços e desafios)

\_\_\_\_\_. Estado, instituições e democracia: república. Brasília: IPEA, 2010. (Cap.7 O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais).

\_\_\_\_\_.Boletim de Políticas Sociais – acompanhamento e análise n. 13. Brasília: IPEA, Edição Especial n. 13, 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Access to health care in America**. Washington: The National Academies Press, 1993.

LIMA, Dogmar Henriques. **Responsabilização por desempenho e controle da administração pública**. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004

LUHMANN, Niklas.**El derecho de La sociedad**. Formatação eletrônica. Arquivo pessoal.



277F6C0F34



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

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n.2, p. 39-49, maio-ago 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS**. Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006.

MACHADO, M.H.; MS/ SGTES/ DGRTS. **Situação de Recursos Humanos no SUS**. Seminário de Planejamento da MNNP-SUS. Mimeo. 2003.

NASSIF, Maria Inês. Só no Brasil há saúde gratuita e universal, mas gasto privado maior. São Paulo. **Carta Maior**. Disponível em: <[http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia\\_id=18512](http://www.cartamaior.com.br/templates/materiaMostrar.cfm?materia_id=18512)> Acesso. Out. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

\_\_\_\_\_. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília: OPAS/OMS, 2011.

QUINHÕES, T. A. T. O modelo de governança das organizações sociais de saúde (OSS) e a qualidade do gasto público hospitalar corrente. XIV Prêmio Tesouro Nacional, 2009, 1º Lugar. Disponível em: [http://www.tesouro.fazenda.gov.br/premio\\_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia\\_Tema4\\_Trajano\\_Augustus.pdf](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/premio_TN/XIVPremio/qualidade/1qualidadeXIVPTN/Monografia_Tema4_Trajano_Augustus.pdf)>. Acesso em: out. 2011.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde Todo Dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

SOARES, Laura Tavares. A reforma da previdência social. In.: SADER, Emir. (Org.). **Governo Lula: decifrando o enigma**. São Paulo: Editora Viramundo, 2004. p. 11-15.



277F6C0F34

\_\_\_\_\_. O debate sobre o gasto social do governo federal ou “os economistas da Fazenda atacam outra vez”. In.: SADER, Emir. (Org.). Governo Lula: decifrando o enigma. São Paulo: Editora Viramundo, 2004. p. 38-45

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; et al. Decentralization and resource allocation in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UNAFISCO SINDICAL. Nota Técnica 6/2007. Disponível em <[http://www2.unafisco.org.br/estudos\\_tecnicos/2007/nota\\_tecnica\\_cpmf.pdf](http://www2.unafisco.org.br/estudos_tecnicos/2007/nota_tecnica_cpmf.pdf)> Acesso. Ago. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** Geneva: World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.

\_\_\_\_\_. **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems.** Geneva: World Health Organization, 2001.

