

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUS

PRINCÍPIOS E CONQUISTAS

Brasília-DF
dezembro, 2000

© 2000 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 200 exemplares.

Ministro de Estado da Saúde

José Serra

Chefe de Gabinete

Otávio Azevedo Mercadante

Secretário-Executivo

Barjas Negri

Chefe de Gabinete

Silvandira Paiva Fernandes

Supervisor Administrativo do Fundo Nacional de Saúde

Sady Carnot Falcão Filho

Subsecretário de Assuntos Administrativos

Ailton de Lima Ribeiro

Subsecretário de Planejamento e Orçamento

Arinaldo Bonfim Rosendo

Coordenador-Geral de Orçamento e Finanças

Marcos de Oliveira Ferreira

Coordenador-Geral de Planejamento

Anoílido Felisdório dos Santos

Ministério da Saúde

Secretaria Executiva

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - 3.º andar

Telefone: (61) 315 2133

CEP 70058-900 - Brasília-DF

Equipe Técnica da Coordenação Geral de Planejamento

Carlos Alberto de Matos - *Responsável pela Elaboração*

Fernando Ferreira Daltro

Joelma Medeiros Henriques

José Rivaldo Melo de França

Márcia Batista de Souza Muniz

Marcos Antonio Dantas de Lima

Marcus César Ribeiro Barreto

Vinicius Fernando Veiga

Gráficos e Tabelas

Suely Oliveira Campos

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva
Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria
Executiva. – Brasília: Ministério Saúde, 2000.
44p. il.

ISBN 85-334-0325-9

1. Sistema Único de Saúde (SUS) – Serviço de Saúde – Brasil. I. Brasil. Ministério da
Saúde. Coordenação-Geral de Planejamento. II Título.

CDU 614.2 (81)
NLM WA 540
DB8

1 Conceito	5
2 Funcionamento	8
2.1 Definição e Composição dos Conselhos de Saúde	9
2.2 O Conselho Nacional de Saúde	11
2.3 Instrumentos de planejamento do SUS	12
2.4 Os Recursos da saúde diante da Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000	15
2.5 Orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com saúde	20
3 Responsabilidades	22
3.1 Responsabilidades dos Municípios	23
3.2 Responsabilidade dos Estados	25
3.3 Responsabilidades da União	26
4 Breve avaliação	29
4.1 O princípio da universalidade	30
4.2 O Princípio da integralidade	31
4.3 O princípio da equidade	32
4.4 A regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde	32
4.5 A participação e o controle social	33
4.6 A descentralização na saúde	34

5	Transparência do SUS	36
5.1	O uso da Internet	38
6	Legislação, Normas e Textos de Referência	40

1 Conceito

O Sistema Único de Saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as 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. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “o Estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer, etc.

De acordo com essa nova concepção de saúde, compreende-se que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.”¹ Ou seja, há o acertado reconhecimento de que os indicadores de saúde da população devem ser tomados para medir o nível de desenvolvimento do país e o de bem estar da população.

Importante notar que a luta pela instituição do SUS parte da base da sociedade. As reivindicações que nortearam o movimento que ficou conhecido por “Movimento Sanitarista” eram apresentadas, fundamentalmente, por meio dos secretários municipais de saúde e foram catalisadas na 8.ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As resoluções dessa Conferência deram os parâmetros que mais tarde viriam a ser inscritos na Constituição de 1988.

¹ Lei 8.080, 19.9.1990, art. 3.º.,

Antes disso existia um “duplo comando” na área da saúde, pois o Ministério da Saúde cuidava das ações preventivas e o Ministério da Previdência Social incumbia-se pela prestação dos serviços médicos curativos. O acesso a esses serviços médicos curativos, até então não era um direito de todos, universal, mas somente dos que contribuíam para o sistema de então, que era ligado ao Ministério da Previdência Social. Somente os trabalhadores com carteira registrada, pois, faziam jus aos serviços públicos de saúde. Sob outro aspecto, ações como as campanhas de vacinação eram de competência do Ministério da Saúde, revelando a duplicidade e a fragmentação das ações e dos serviços de saúde.

A mudança foi grande. Ocorreu a unificação de comando, representada pela transferência ao Ministério da Saúde de toda a responsabilidade pela saúde no plano federal. Da mesma forma nos estados e municípios, onde a responsabilidade ficara a cargo das respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde. Sob outro aspecto, o princípio da universalidade, inscrito no artigo 196 da Constituição, representou a inclusão de todos no amparo prestado pelo SUS. Qualquer pessoa passa a ter o direito de ser atendido nas unidades públicas de saúde.

Aliás, “o Ministério da Saúde assumiu, desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS), passando assim, a responder pela totalidade das ações de saúde para os povos indígenas, tanto preventivas quanto assistenciais e de promoção à saúde.”² Esse fato faz com que atualmente toda a população brasileira, sem exceção, seja beneficiária dos serviços e das ações prestadas pelo SUS o que concretiza em definitivo o princípio da universalização.

Os avanços democráticos não param por aí. De uma gestão extremamente centralizada, passa-se à descentralização como a melhor forma de garantir uma maior participação na formulação e na implantação dos serviços e ações de saúde. Ou seja, o município, enquanto o ente federado mais próximo da realidade da população, ganha a atribuição fundamental, bem como os recursos para tanto, de responsabilizar-se pela melhor política de saúde para a população local. Nada mais acertado, considerando a diversidade e a disparidade de realidades locais espalhadas pelo Brasil. O município é, por excelência, o melhor dos entes federados para tratar da saúde dada a sua maior proximidade

² Ver Cartilha “Programa Saúde Indígena, - Etnodesenvolvimeto das Sociedades Indígenas” Ministério da Saúde /Secretaria Executiva /Subsecretaria de Planejamento e Orçamento / Coordenação Geral de Planejamento, setembro de 2000, p.6

e, por isso mesmo, maior conhecimento da ordem de prioridades e das demandas da população local.

No entanto, para além da descentralização dos serviços e dos recursos de saúde, a participação social passa a ser condição essencial. Assim, a existência e o funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo passam a ser obrigatórios visando garantir a participação social nas políticas de saúde, tanto em sua formulação como em sua execução. Nesse sentido, o controle e a participação social na área saúde pública paulatinamente vêm aumentando suas dimensões e aperfeiçoando seus métodos.

É bem verdade que o SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento. Por um lado, a promoção da saúde à população nunca deixará de sofrer transformações pois, como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser incorporadas para a melhoria dos serviços e das ações de saúde. Da mesma forma, é constante o surgimento de novos agravos à saúde que carecem de novas profilaxias e de novos cuidados. Sob outro aspecto, não obstante todo o caminho já percorrido até aqui, o SUS ainda está em estruturação.

Desse modo, trabalha-se arduamente pela consolidação de seus princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde), bem como dos princípios que dizem respeito a sua operacionalização (descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social). O trabalho é no sentido de capacitar os municípios a assumir suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção de saúde.

Aliás, uma observação das normas que vêm estruturando o SUS desde sua origem permite que se perceba o processo de constante aperfeiçoamento ao longo de sua curta história. Em outubro de 1988, o SUS foi instituído constitucionalmente, sendo que a seção que trata da saúde na Constituição vai dos artigos 196 a 200. A consagração constitucional do SUS trouxe a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação. Isso ocorrera por meio das Leis 8.080 e 8142, ambas editadas em 1990, que conjuntamente formam a “Lei Orgânica da Saúde”.

A organização operacional do SUS, sob outro aspecto, evoluiu mediante a edição de três Normas Operacionais Básicas (NOB), cada qual substituindo e aperfeiçoando a anterior. A primeira edição ocorre em 1991, a segunda em 1993 e a terceira em 1996; esta última (NOB/96), apesar das alterações e dos aperfeiçoamentos em relação a sua edição original, é a que está em vigor. Da

leitura dessas e de outras normas, como uma série de portarias do Ministério da Saúde e outras tantas resoluções do Conselho e das Conferências Nacionais de Saúde, tem-se a perfeita compreensão que se trata de um processo em constante aperfeiçoamento.

2 Funcionamento

O SUS é um sistema de saúde de abrangência nacional, porém, coexistindo em seu âmbito subsistemas em cada estado (o SUS estadual) e em cada município (SUS municipal). É sempre bom lembrar que a ênfase está nos municípios. Assim, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo os subsistemas municipais – o SUS-Municipal – voltados ao atendimento integral da população local e inseridos de forma conjunta no SUS em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desses subsistemas municipais, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações podem ser desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas) e têm que estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal possa garantir à população do respectivo município o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.”³

O funcionamento do SUS faz com que a área de saúde esteja entre as mais democráticas, pois, além de comportar um alto grau de participação social, sua gestão é um dos modelos de descentralização com maior êxito nos serviços públicos brasileiros. A participação social é expressa pela existência e pelo funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo, como comentado adiante.

Já em relação ao modelo de descentralização adotado para o SUS, sua organização define como gestores co-responsáveis os três níveis de governo com mecanismos previstos para negociação e pactuação das políticas adotadas na saúde. Nesse aspecto existem: as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) no âmbito de cada estado; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que é o fórum nacional.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saú-

³ NOB/96, item 4

de (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

As CIBs, compostas igualmente de forma paritária, são integradas pelas representações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o secretário de saúde da capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.⁴

Os gestores do SUS são os representantes dos três níveis de governo. Assim, a responsabilidade para com a gestão do sistema é dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União solidariamente por meio de seus órgãos que são, respectivamente, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde. Isso na medida que a direção do SUS é única em cada nível de governo, ou seja, ela é exercida por esses órgãos em suas respectivas esferas.

A rede do SUS é organizada de forma regionalizada e com nível de complexidade crescente. Os municípios podem formar consórcios para desenvolver ações e prestar serviços que estejam sob suas responsabilidades, sendo que, mesmo nesse caso, a direção do sistema continua sendo única em cada nível de governo.

2.1 Definição e composição dos Conselhos de Saúde⁵

Os conselhos de saúde estão estruturados nos três níveis de governo. Ou seja, existe um conselho de saúde em cada município, denominados Conselhos Municipais de Saúde; um em cada estado, que são os Conselhos Estaduais de Saúde; e outro no plano federal, qual seja, o Conselho Nacional de Saúde. Os conselhos de saúde, como dito anteriormente, são imprescindíveis. Por exemplo: para que os municípios recebam quaisquer recursos do Ministério da Saúde ou se habilitem a seus programas é necessário que o conselho municipal de saúde exista e esteja em funcionamento.

Pode-se definir um conselho de saúde como o órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da secretaria ou departamento de saúde dos estados e muni-

⁴ NOB/96, item 8. ⁵ Estas definições acerca dos conselhos de saúde são dadas por meio da Resolução 33, de 23.12.92, do Conselho Nacional de Saúde.

cípios, com composição, organização e competência fixadas em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do Sistema.

Importante lembrar que o funcionamento dos conselhos de saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS. A participação comunitária é enfatizada na legislação, tornando os conselhos uma instância privilegiada na discussão da política de saúde. A legislação também estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Desta forma, um conselho de saúde deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária.

De modo geral, o número de componentes em cada conselho varia entre 10 a 20 membros. A situação de cada estado e município e a discussão com os segmentos que participarão do Conselho leva à melhor definição dessa composição numérica. A representação de órgãos e/ou entidades, apresentada a seguir como exemplo, varia de acordo com a realidade existente em cada estado, município e no Distrito Federal, preservando-se, porém, o princípio da paridade em relação aos usuários.

Em relação aos Conselhos Estaduais de Saúde:

- representante(s) do Governo Federal, indicado(s) pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios;
- representante da Secretaria de Saúde do Estado;
- representante(s) das Secretarias Municipais de Saúde;
- representante(s) dos trabalhadores na área de saúde;
- representante(s) de prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas.

A representação dos usuários deverá ser composta por:

- representante(s) de entidades congregadas de sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais;
- representante(s) de movimentos comunitários organizados na área da saúde;
- representante(s) de conselhos comunitários, associações de moradores ou entidades equivalentes;
- representante(s) de associações de portadores de deficiências;
- representante(s) de associações de portadores de patologias;

- representante(s) de entidades de defesa do consumidor.

A representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma:

- 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado).

Os representantes dos usuários deverão ser indicados impreterivelmente pelas suas entidades.

Em relação aos Conselhos Municipais de Saúde, a composição é semelhante à dos conselhos estaduais, adaptada ao município. Geralmente, não será necessária a presença de representante do governo federal, a não ser em casos especiais, que serão definidos localmente. Os usuários terão representação semelhante à dos conselhos estaduais. O governo estadual e o governo municipal também terão seus representantes nos conselhos municipais. Do mesmo modo, os trabalhadores da área da saúde e os prestadores de serviços de saúde de entidades filantrópicas e não filantrópicas. Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo as mesmas consideradas de relevância pública.

2.2 O Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde, muito embora exista desde 1937, somente em 1990, após a instituição do SUS, ganha o papel que tem hoje. Na verdade, O Decreto 99.438/90 cria um novo Conselho Nacional de Saúde; o antigo praticamente já não existia, assim como o papel para o qual foi concebido já não tinha lugar na nova conjuntura. Assiste-se, pois, muito mais a uma ruptura que uma continuidade com o passado⁶. Sua composição também garante a participação ampla da sociedade, a exemplo do observado em relação aos conselhos municipais e estaduais.

Conforme o Decreto 99.438/90, as atribuições e competências do Conselho Nacional de Saúde incluem:

- Deliberar sobre:
 - a. formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal;
 - b. critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

⁶ Ver Internet: www.conselho.saude.gov.br - Conselho Nacional de Saúde – Apresentação – Histórico do CNS

- Manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;
- Decidir sobre:
 - a. planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais de Saúde;
 - b. divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da saúde;
 - c. credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos;
- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal;
- Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país;
- Propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o conselho assim deliberar, de acordo com a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

2.3 Instrumentos de planejamento do SUS

O Plano de Saúde, a Programação Anual, a Programação Pactuada e Integrada - PPI - e o Relatório de Gestão são instrumentos que se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em todas as esferas de governo. Configuram documentos que dão visibilidade e garantem o planejamento no desempenho das responsabilidades do gestor. Esses documentos devem ser claros e precisos para facilitar a compreensão, a participação e o controle social sobre as ações e serviços de saúde.

Os respectivos processos de elaboração devem, além disso, ser encarados como práticas privilegiadas na gestão do SUS e, portanto, estratégicos para a reorganização do setor e para a consolidação do Sistema. O fluxo apresentado a seguir demonstra claramente a harmonização desses instrumentos de planejamento do SUS.

O Plano de Saúde, a Programação Anual e a PPI expressam a direcionalidade das políticas de saúde do SUS, no âmbito federal, estadual ou municipal, configurando, por conseguinte, instrumentos de trabalho elaborados segundo as diretrizes definidas nestas mesmas políticas.

A elaboração desses instrumentos deve ser feita com base em parâmetros comuns, que são: o modelo de gestão, o modelo de atenção à saúde, os recursos específicos ou estratégicos e o financiamento.

Para o Ministério da Saúde, a Programação Anual dos estados é representada pela PPI que corresponde a um consolidado estadual. Ou seja, uma sistematização do resultado de todo processo de elaboração da programação, envolvendo a composição orçamentária, o modelo de gestão, o modelo de atenção e os recursos estratégicos supra citados. No que tange especificamente ao modelo de atenção, contém o resultado da programação acordada entre municípios quanto à assistência, à vigilância sanitária e à epidemiologia e controle de doenças.

A construção da PPI, portanto, deve configurar um processo iniciado no município que, ao elaborar a sua Programação Anual, explicita os serviços que serão oferecidos à sua população dentro do seu território. Apresenta, também, aqueles serviços que serão oferecidos em outros municípios, necessitando, neste caso, negociar com outros gestores. As ações dos órgãos federais, estaduais e municipais, bem como dos prestadores conveniados e contratados, são, da mesma forma, expressas na Programação Anual do município em que estão localizados.

Essa Programação municipal é aprovada no Conselho de Saúde respectivo e encaminhada ao estado. A partir daí, o gestor estadual inicia todo um processo de elaboração de sua PPI, mediante a harmonização e compatibilização de todas as programações de seus municípios. Incorpora, além disso, as ações sob sua responsabilidade direta.

Nesse processo de elaboração da PPI, que deve ser ascendente e negociado, é imprescindível a participação dos gestores municipais, de forma representativa, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O resultado desse processo é apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Considerando que o estado encaminha ao Ministério somente um consolidado das informações, todas as decisões e detalhamentos que dão base à PPI devem ser registrados e armazenados na Secretaria Técnica da CIB, ficando disponíveis permanentemente para consultas e análises por parte dos diferentes gestores.

Cabe lembrar que o processo de construção ascendente requer, necessariamente, negociações e acordos preliminares, que podem caracterizar, inclusive, programações pactuadas de abrangência microrregional.

Há que se ressaltar, sob outro aspecto, que as determinações contidas na Portaria 42 do Ministério do Planejamento, editada em 14/4/1999, impõem à União, aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal uma nova estrutura para os respectivos orçamentos. Por meio dessa portaria altera-se a estrutura funcional programática até então vigente de modo a orientar a confecção dos orçamentos tomando por base os programas, que passam a ser o elo de ligação entre o planejamento e o orçamento.

Cada um dos entes, a exemplo do que já ocorre na União mediante o PPA 2000-2003, deverá adotar uma estrutura de programas, de códigos e de identificação respeitando as determinações expressas na Portaria 42 acima citada. Os estados e o Distrito Federal já deveriam estar operacionalizando as determinações contidas nessa portaria ainda no corrente exercício de 2000. Já os municípios têm prazo até o exercício de 2002 para adaptarem-se.

Ao passo que essa nova estrutura de planejamento e orçamento for incorporada por estados, Distritos Federal e municípios será possível aumentar a sinergia entre os vários instrumentos de planejamento, bem como entre os gestores do SUS. A nova estrutura é centrada em programas que devem trazer claramente suas metas e devem ser elaborados com base em problemas ou situações da realidade que se pretendam mudar. Ou seja, os programas devem atacar problemas ou potencializar oportunidades presentes na sociedade e devem ser mensurados por metas com indicadores específicos.

Quanto mais avançar essa nova estrutura trazida pela Portaria 42, maior será a possibilidade de aproximar e integrar a estrutura de programas dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e destes com os programas da União. Isso facilitará sobremaneira o processo de planejamento, de elaboração e execução dos orçamentos no âmbito do SUS em todos os níveis de governo.⁷ No mesmo sentido, serão maiores e melhores as possibilidades de avaliação das políticas, das ações e dos serviços de saúde mediante metodologias e critérios cientificamente válidos.

⁷ Para maiores informações, ver Cartilha: “Plano Plurianual – PPA 2000/2003 – Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial da Saúde.” Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Coordenação Geral de Planejamento, Outubro de 2000

2.4 Os Recursos da saúde diante da Emenda Constitucional 29

Um dos pilares do sucesso do SUS até aqui centra-se na constituição e na forma de funcionamento dos fundos nacionais, estaduais e municipais da saúde. Esses fundos financiam o SUS. A constituição dos fundos de saúde é obrigatória e encontra-se com vinculação crescente de recursos nos três níveis de governo em função da Emenda Constitucional n.º 29, de 13.09.2000 (EC 29), apresentada adiante.

A forma de funcionamento desses fundos é uma das melhores formas de descentralização existentes nos serviços públicos brasileiros, pois traz consigo o mecanismo conhecido como “transferência fundo a fundo”. Ou seja, os fundos são remunerados automaticamente, uma vez cumpridos os critérios e os requisitos exigidos e pactuados. Assim, por exemplo, estados e municípios recebem depósitos diretos e automáticos de recursos em seus respectivos fundos de saúde provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, mediante, tão somente, o cumprimento das obrigações inerentes a cada tipo de gestão do sistema e ou aos programas para os quais se habilitam.

Além disso, os gestores do SUS podem firmar contratos, acordos, parcerias e convênios para a transferência de recursos com o objetivo de execução de projetos determinados. Assim, é muito comum, por exemplo, a celebração de convênios entre o Ministério da Saúde, os estados e ou os municípios para a realização de projetos específicos como a construção, a reforma ou o aparelhamento de unidades de saúde ou ainda para a capacitação de profissionais de saúde.

A vinculação de recursos para a saúde é novidade, porém, fruto de uma longa discussão no Congresso Nacional onde seus defensores saíram vitoriosos. Foi recentemente guindada a condição de preceito constitucional, mediante a proclamação da supra mencionada Emenda Constitucional 29, de 13.9.2000. Essa EC 29 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167, 198, bem como o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que é acrescido do art. 77, para adaptar a Constituição à regra de vinculação de receitas nos três níveis de governo para a área da saúde, o que já ocorria em relação à educação.

A EC 29 cria um cenário de estabilidade financeira e afasta a possibilidade de colapso ou descontinuidade no setor. Para tanto, estabelece que o orçamento do Ministério da Saúde para 2000 deverá ter, no mínimo, 5% a mais de recursos do que foi empenhado no ano passado, quando o valor chegou a R\$ 20,3 bilhões. As projeções, todavia, dão conta de que neste ano de 2000 essa

determinação será superada, pois é projetado um valor de R\$ 23,5 bilhões. A partir de 2001, o orçamento será o valor apurado do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A emenda garante ainda mais recursos estaduais e municipais para a saúde. Atualmente, de cada R\$ 10 gastos em saúde pública, R\$ 7 são provenientes do governo federal. Além disso, a expansão do gasto federal levou alguns estados e municípios a uma retração da aplicação de recursos próprios.

A EC 29 vai mudar essa situação ao determinar o comprometimento das três esferas de governo com a saúde da população: os gastos passam a ser homogêneos em todo o território nacional.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios terão que aumentar gradativamente, ano a ano, os seus orçamentos em saúde entre 2001 e 2004. Neste último ano, os estados e o Distrito Federal deverão estar destinando à saúde 12% do que arrecadam com os impostos sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), sobre heranças (transmissão causa mortis) e o valor líquido das transferências constitucionais (cota-parte do ICMS).

Já os municípios e o Distrito Federal devem aplicar no setor, a partir de 2004, 15% do que arrecadarem com os impostos Predial e Territorial Urbano (IPTU), Sobre Serviços (ISS), Sobre Transmissão Inter-Vivos e das transferências derivadas de impostos (IR, IPI e ICMS).

A EC 29/2000 tramitou no Congresso por sete anos. Em 1993, os deputados federais Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PT/BA) apresentaram a primeira proposta de emenda para o setor, a PEC 169, cujo relator foi o deputado Darcísio Perondi (PMDB/RS). Dois anos depois, Carlos Mosconi (PSDB/MG) formulou a PEC 82.

Um acordo acertou a fusão das duas emendas. Ursicino Queiroz (PFL/BA) e Antônio Carlos Valadares (PSB/SE) foram os relatores, respectivamente, na Câmara e no Senado. Neste ano de 2000 finalmente, a PEC foi aprovada com folga pelas duas casas.

O projeto recebeu o apoio de diversas instituições, como o Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e CNBB.

Há que se destacar que vinculação de recursos para a saúde é progressiva como fazem certo os preceitos Constitucionais acrescidos a esse respeito no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Transcreve-se, a seguir, a íntegra da EC 29/2000, bem como as orientações quanto a sua aplicação elaboradas pelo presidente da Comissão de Seguridade e Família da Câmara dos Deputados em conjunto com os autores do Projeto de Emenda Constitucional.

Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de Setembro de 2000⁸

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3.º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1.º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.34.....

“VII-.....

“e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.” (NR)*

Art. 2.º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.35.....

“III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;” (NR)

Art. 3.º O § 1.º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.156.....”

“§ 1.º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4.º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:” (NR)

“I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e” (AC)*

“II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel.” (AC)*

⁸ Extraída da Internet: www.planalto.gov.br

Art. 4.º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 160.....”

“Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:” (NR)

“I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;” (AC)

“II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2.º, incisos II e III.” (AC)

Art. 5.º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 167.....”

“IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressaltadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2.º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8.º, bem como o disposto no § 4.º deste artigo;” (NR)

Art. 6.º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2.º e 3.º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1.º:

“Art. 198.....”

“§ 1.º (parágrafo único original).....”

“§ 2.º 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.” (AC)

“I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3.º;” (AC)

“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;” (AC)

“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 § 3.º.” (AC)

“§ 3.º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá.” (AC)

“I – os percentuais de que trata o § 2.º;” (AC)

“II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (AC)

“III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;” (AC)

“IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.” (AC)

Art. 7.º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar

acrescido do seguinte art. 77:

“Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:” (AC)

“I – no caso da União:” (AC)

“a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;” (AC)

“b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;” (AC)

“II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do 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; e” (AC)

“III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, 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 § 3.º.” (AC)

“§ 1.º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.” (AC)

“§ 2.º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (AC)

“§ 3.º 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 serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.” (AC)

“§ 4.º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3.º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.” (AC)

Art. 8.º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

*(NR) – Nova Redação.

(AC) – Acrescentado.

2.5 Orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com saúde⁹

O Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e os autores da Emenda Constitucional n.º 29/2000, Deputados Eduardo Jorge (PT/SP) e Carlos Mosconi (PSDB/MG), acharam por bem divulgar algumas orientações relativas à interpretação da Emenda, ao considerar as implicações, já a partir do ano de 2000, nos orçamentos dos vários níveis de governo.

A Emenda estabelece a participação da União, Estados, Municípios e Distrito Federal no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, que se dá com a aplicação mínima de recursos no setor, com base em percentuais da receita, a serem fixados por lei complementar.

Até a entrada em vigor da lei complementar, a Emenda criou uma regra de transição, que está apresentada a seguir.

UNIÃO

Até o exercício financeiro de 2004, a União deverá aplicar:

- * no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%;
- * do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB (inflação + variação real do PIB).

ESTADOS

Até o ano 2004, os Estados deverão estar aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da base de cálculo composta:

- * Da soma das suas receitas
- * ICMS
- * IPVA
- * Imposto de transmissão causa mortis e doação de bens e direitos
- * Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações
- * Transferência do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
- * Transferência de 10% do IPI sobre exportações
- * Com a dedução das transferências entregues aos Municípios
- * 50% do IPVA
- * 25% do ICMS
- * 25% do IPI sobre exportações recebido da União

⁹ Extraído do “Jornal do CONASEMS”, Ano V, n.º 66, Setembro de 2000, p. 9

MUNICÍPIOS

Até o ano 2004, os Municípios deverão estar aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da soma das seguintes receitas:

- * ISS
- * IPTU
- * Imposto de transmissão inter vivos
- * Imposto de renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações
- * Transferência do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
- * Transferência do ITR
- * Transferência do IPI sobre exportações
- * Transferência do ICMS
- * Transferência do IPVA

Considerações Gerais

Mostra-se importante observar alguns pontos para a correta aplicação da Emenda Constitucional:

1. Os percentuais de vinculação mencionados são valores mínimos que deverão estar sendo aplicados até 2004. Para os que apliquem recursos abaixo desses percentuais, a Emenda prevê o ajuste progressivo ao longo de cinco anos. A regra é reduzir a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, observada uma aplicação mínima de 7% em 2000. Os Estados e Municípios que apresentarem dotações orçamentárias destinadas a ações e serviços de saúde em valor inferior a 7% para o ano de 2000, deverão suplementá-las em tempo hábil.

2. As transferências voluntárias da União para os Estados e Municípios e dos Estados para os Municípios, nas quais se incluem os recursos do SUS, não integram a base de cálculo sobre a qual incide o percentual mínimo de aplicação de recursos na saúde.

3. Os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde deverão ser aplicados por meio de fundos de saúde.

4. Para aferir o quanto o Estado ou Município está aplicando em ações e serviços públicos de saúde, não devem entrar no cômputo as despesas com:

- * dívida pública
- * inativos e pensionistas
- * serviços de limpeza urbana ou rural e tratamento de resíduos sólidos
- * ações de saneamento financiadas com tarifas, taxas ou contribuições cobradas dos usuários
- * assistência médica e odontológica a servidores
- * ações financiadas com transferências voluntárias recebidas da União ou do Estado (SUS, saneamento e outros)

Outras considerações

1. A não-aplicação do mínimo exigido em ações e serviços públicos de saúde autoriza a União a intervir nos Estados e estes em seus Municípios.

2. A União e os Estados podem condicionar a entrega de recursos relativos às transferências constitucionais não apenas ao pagamento de seus créditos, mas também à aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde.

3. O IPTU poderá ter alíquotas diferenciadas conforme a localização e o uso do imóvel, bem como ser progressivo em função do seu valor (essa autorização da Emenda, além de expressar o princípio da justiça fiscal, permite o aumento da receita do Município para custear eventual acréscimo dos gastos em saúde).

4. O não-cumprimento dos percentuais mínimos deixarão ineficazes as autoridades responsáveis.

5. A fiscalização da aplicação da Emenda Constitucional da Saúde é obrigação dos Conselhos de Saúde, das Assembléias Legislativas, das Câmaras Municipais, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público.

Sugestão de percentuais para aplicação por Estados e Municípios que apliquem o mínimo de 7% ou percentual inferior.

Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Deputado Cleuber Carneiro - PFL/MG (Presidente da Comissão)

Deputado Eduardo Jorge - PT/SP

Deputado Carlos Mosconi - PSDB/MG

3 Responsabilidades

A responsabilidade pelos serviços e ações de saúde é do Poder Público, sem, no entanto, eximir o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade para com a sua promoção e proteção.

O funcionamento do SUS, todavia, é de responsabilidade direta de seus gestores. Tais responsabilidades estão insculpidas na NOB/96 e são apresentadas a seguir.

3.1 Responsabilidades dos Municípios

Sendo o município o ente federado ideal para a prestação e o desenvolvimento dos serviços e das ações de saúde, sua responsabilidade para com o SUS é grande. Para tanto, cada vez mais, os municípios passam por um constante processo de aperfeiçoamento e de capacitação para assumir a total responsabilidade pela saúde.

O processo está em curso. Há dois níveis de habilitação, com níveis diferentes de prerrogativas e de responsabilidades: a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. No primeiro caso, o município assume as responsabilidades e recebe recursos fundo a fundo para com a atenção básica à saúde. No segundo, responsabiliza-se pela totalidade dos serviços de saúde, o que pressupõe alta capacidade técnica e administrativa, sendo que os recursos devidos também são transferidos fundo a fundo.

Independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo conselho e de outras diferentes instâncias de poder.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, uma vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

regional ou estadual e submetida ao conselho de saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender à população local, seja para atender à referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços ao Município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo conselho de saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

3.2 Responsabilidade dos Estados¹⁰

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

O exercício desses papéis pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), nos quais se viabilizam a negociação e o pacto

¹⁰ Retirado da NOB/96

com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
- f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
- i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e
- k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;
- l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

3.3 Responsabilidades da União

No que diz respeito ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;

- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
- b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detêm, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos conselhos de saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáti-

cas a estados e municípios com função gestora;

e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando,

para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

4 Breve avaliação

Proceder-se a uma avaliação das conquistas dos SUS nesses quase doze anos de sua existência não é trabalho fácil, dada a complexidade e o tamanho da rede. Todavia, é possível apontar claros avanços em todas as áreas da saúde por meio de uma paulatina consolidação dos princípios que dão base a esse Sistema. É preciso lembrar, aliás, que a XI Conferência Nacional de Saúde, conforme mostrado abaixo, fará uma avaliação profunda do SUS.

DOS OBJETIVOS¹¹

A XI Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Decreto de 28 de julho de 2000, terá por finalidade analisar os obstáculos e avanços do Sistema Único de Saúde e propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

DA REALIZAÇÃO

A XI Conferência Nacional de Saúde tem responsabilidade de abrangência nacional, conseqüentemente suas análises, formulações e proposições devem ter esta qualidade. Embora a Conferência Nacional deva considerar a consolidação das conferências estaduais e municipais de saúde como base para o seu próprio trabalho, ela deverá ir além dessa consolidação tratando dos temas relevantes em âmbito nacional. A conferência nacional será realizada em Brasília, de 16 a 19/12/ 2000, sob os auspícios do Ministério da Saúde.

¹¹ Retirado do Regimento Interno da XI Conferência Nacional de Saúde – Ver Internet: www.conselho.saude@gov.br

DO TEMÁRIO

Nos termos do Decreto de 28 de julho de 2000, a XIª Conferência Nacional de Saúde terá como tema: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, que será discutido em 3 (três) Mesas-Redondas, a partir dos seguintes eixos temáticos:

- Avaliação do controle social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde.
- Financiamento e responsabilidades das 3 (três) esferas político-administrativas para garantir o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.
- Modelo assistencial e gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

No entanto, mesmo antes do término da XI Conferência Nacional de Saúde, é possível constatar vários avanços do SUS que, se espera, sejam maximizados a partir das avaliações e das resoluções que tomará essa conferência.

Nesse sentido, aponta-se a seguir uma avaliação acerca de cada um dos princípios que dão base ao SUS, quais sejam: a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, por um lado; e por outro seus princípios organizacionais que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social. Vale a pena lembrar também a prioridade dada as ações preventivas como forma de promover a saúde e não somente a cura de doenças, como ocorria no passado. Essa representa a principal estratégia para a efetivação da saúde como qualidade de vida e não como o estado de ausência de doença.

4.1 O princípio da universalidade

Segundo esse princípio a saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. A universalização, todavia, não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde. A universalização, diferentemente, coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, todavia, enfatizando a ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos.

Não obstante o acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo aos serviços e às ações de saúde ser um processo em construção, onde há muito trabalho a ser feito, a cobertura e a oferta desses serviços e dessas ações vêm ampliando-se rapidamente. Prova disso são indicadores que dão conta de um conside-

rável aumento na oferta de consultas médicas, cujo número ultrapassa 2 (duas) consultas por habitante/ano; de internações hospitalares, que chegam a média de 7 (sete) para cada grupo de 100 (cem) habitantes/ano; dos atendimentos hospitalares para o parto que já beiram os 100%; da mesma forma são as vacinações, cada vez mais variadas e com maior cobertura.

4.2 O Princípio da integralidade

Esse princípio é um dos mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Ou seja, a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que pertine aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico.

Vem-se caminhando nesse sentido. Tentativas, projetos e ações nessa direção vêm sendo constantemente testados de modo que um sem número de grupos específicos da sociedade vem recebendo atenção especial. Dessa forma há projetos e ações direcionadas especificamente aos jovens, às mulheres, aos idosos, aos portadores do HIV e de outras moléstias e enfermidades, às gestantes, aos consumidores de drogas, aos portadores de distúrbios mentais; a partir de 1999, à saúde indígena e a tantos outros grupos carentes de atenção específica.

Nesse mesmo sentido, vem se trabalhando na estruturação de redes de maneira hierarquizada, com níveis crescentes de complexidade dos serviços. As centrais de regulação de vagas têm contribuído sobremaneira para esse intento. Assim as ações de baixa, média e alta complexidades buscam articular-se para racionalizar o sistema, para aumentar o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda. A permissão de constituição de consórcios é um facilitador para esse intento.

Há que se notar que esses serviços e ações de saúde destinados a grupos específicos da sociedade e com níveis diferenciados de complexidade vêm contando, cada vez mais, com esforços no sentido da capacitação profissional daqueles que prestam tais serviços. Da mesma forma, equipamentos e unidades de saúde estão sendo adequadas para o atendimento específico às necessidades de determinados grupos.

Uma das preocupações centrais para a consecução do princípio da integralidade está na necessidade da humanização dos serviços prestados e das ações realizadas no âmbito do SUS.

4.3 O princípio da equidade

Na esteira dos dois princípios apontados acima, vem a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. O princípio da equidade reafirma que essa necessidade deve dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde. Ainda são grandes as disparidades regionais e sociais do Brasil. No entanto, há uma sinergia e uma série de externalidades positivas geradas a partir da melhora das condições de saúde da população o que faz concluir que de fato a saúde é fundamental na busca de uma maior equidade.

Esse é um trabalho que também deve ser encarado como um desafio permanente, mesmo porque a saúde diz respeito a uma série de fatores ligados à qualidade de vida como um todo, como dito inicialmente. É curioso observar, por exemplo, que entre regiões como a nordeste a expectativa de vida, bem como a taxa de mortalidade infantil, são piores do que em regiões mais ricas do país, como a sul e a sudeste. Por outro lado, essas regiões mais ricas padecem de maneira mais aguda de outros males como são os índices por mortes violentas ou em decorrência da AIDS.

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um maior equilíbrio. Fator determinante para tanto é a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário no combate de situações agudas ou extremas. Isso significa dizer que o planejamento das políticas de saúde tem tomado como estratégicas a elevação de todos a um patamar mínimo a partir do qual seja possível caminhar com mais precisão segundo o princípio da integralidade, comentado acima. Um bom exemplo disso são as ações e os serviços voltados à atenção básica à saúde.

4.4 A regionalização e a hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde

Esse princípio está muito afeto as atribuições dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS, não raro com recursos escassos. Como não são todos que precisam, por exemplo, de cirurgias no coração, um hospital com essa capacidade pode atender a toda uma região ou mesmo a um estado. Para tanto as palavras chave são a organização, a união e a parceria.

Isso é sobremaneira facilitado pela possibilidade da formação de consórcios entre os municípios ou quicá entre os estados, dando efetividade à regionalização da rede e do serviços prestados pelo SUS. O caminho para

tanto é o da qualificação e o da capacitação de estados e municípios a assumirem a plenitude da gestão dos respectivos sistemas. Esse caminho, aliás, vem sendo trilhado com relativo êxito. Tanto é que existem hoje 143 consórcios entre municípios espalhados por todas as regiões país. Tais consórcios envolvem 1740 municípios.

Do mesmo modo a hierarquização da rede vem consolidando-se cada vez mais ao passo que os gestores estaduais e municipais vêm assumindo suas responsabilidades e prerrogativas perante o SUS. Isso é confirmado pela maciça adesão às formas de gestão trazidas pela NOB/96, bem como ao PAB fixo e aos programas do PAB variável.

4.5 A participação e o controle social

A obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde tem impulsionado a sociedade a participar dos rumos tomados pelo SUS. Não obstante haver problemas como a baixa qualificação dos conselheiros em boa parte dos municípios, a participação é um exercício de aprendizado constante. Ademais, a participação e o controle social será objeto de análise da XI Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em dezembro deste ano de 2000.

Hoje existem quase todos os conselhos de saúde que são possíveis existir. Ou seja, o Conselho Nacional de Saúde existe e nunca esteve tão atuante; os conselhos estaduais de saúde também existem todos e cada vez mais inserem-se e qualificam-se para melhorar a participação, o controle e a harmonização das políticas de saúde. Da mesma forma é o caso do Distrito Federal.

Já no que tange aos municípios, constata-se que mais de 98% destes contam com conselhos formados e atuantes. Até por serem em maior número e por estarem em contato com realidades extremamente diversas, é no nível municipal que se deve trabalhar com prioridade para qualificação dos conselheiros de saúde para o exercício de suas atribuições.

Somados, os conselheiros de saúde formam um exército de pessoas, representantes dos mais diversos setores da sociedade, atuantes na área da saúde. Há, assim, o aumento e o constante aperfeiçoamento do controle e da participação social no âmbito do SUS.

4.6 A descentralização na saúde¹²

O Ministério da Saúde estabelece cooperação financeira com órgãos das três esferas e com entidades públicas e privadas mediante três formas de descentralização de recursos:

- transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde aos municípios, estados e Distrito Federal, de forma regular e automática (repassa fundo a fundo);
- remuneração de serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços prestados junto à população;
- celebração de convênios e instrumentos similares, com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais e organizações não-governamentais, interessados em financiamentos de projetos específicos na área da saúde.

As três formas de descentralização apresentadas possuem suas peculiaridades e, portanto, aplicabilidade. No entanto, a sistemática fundo a fundo tem sido tratada por esse Ministério como a mais eficiente e a que mais concretiza os objetivos e princípios do SUS.

Em seu bojo não está somente a descentralização das ações de saúde, consoante os princípios do federalismo, e a hierarquização do SUS. Figura também a participação social no processo de definição de prioridades, de adequação do modelo assistencial à realidade do município e de fiscalização da correta aplicação dos recursos destinados à saúde.

O emprego dessa forma de descentralização melhora a utilização de recursos, permite identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, reduz o desperdício, inibe a fraude e aproxima os cidadãos dos gestores responsáveis, aumentando o controle social. Pode, pois, ser considerada uma das melhores formas encontradas para a descentralização em todo serviço público brasileiro.

AS TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO

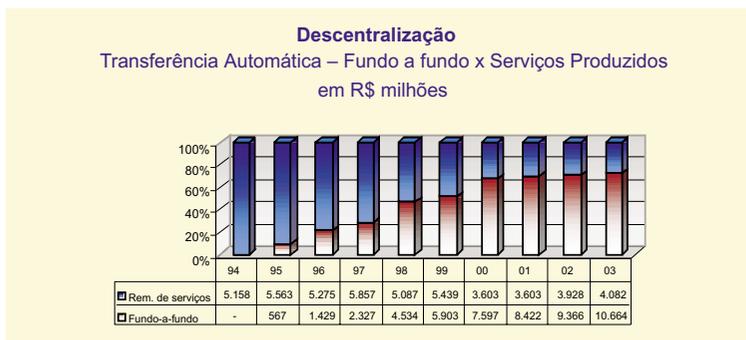
Desde meados da década de 90, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a sistemática de repasse fundo-a-fundo em detrimento da remuneração dos serviços prestados. Tal fato decorreu da necessidade de adequação dos mecanis-

¹² Ver Cartilha: “Sistema Único de Saúde – SUS – Descentralização” Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação Geral de Planejamento, dezembro de 2000

mos de transferência de recursos à nova concepção do sistema de saúde posta em prática com a Constituição de 1988.

A remuneração de serviços produzidos “financia” a doença, trata a prefeitura como mero prestador de serviços e privilegia as localidades que já possuem estrutura de serviços. O repasse fundo a fundo, diferentemente, prioriza a atenção integral à saúde, atribui ao prefeito o papel de gestor do Sistema Único de Saúde e estabelece planos de ações de saúde de acordo com a realidade local.

Conforme pode ser observado, a tendência a longo prazo é de substituição de um mecanismo de transferência de recursos pelo o outro. O percentual de participação dos repasses fundo a fundo, os quais correspondiam a 9% dos total das transferências automáticas em 1995, estima-se que atingirá 72% dos mesmos recursos projetados para 2003.



Com o advento da NOB/96, a Gestão Plena do Sistema foi implantada em 440 municípios e em setembro de 2000 esse número já chega a 521 municípios. Estima-se que até 2003 cerca de 900 municípios habilitem-se a esse tipo de gestão, e, a longo prazo, espera-se que essa tendência de crescimento se verifique em 100% dos municípios brasileiros para passarem a responder não só pela atenção básica, mas também pela assistência de média e alta complexidade e pelas internações hospitalares. Na Gestão Plena do Sistema os municípios assumem toda a responsabilidade pelos serviços e ações de saúde, incluindo os procedimentos de média e alta complexidades, o que representa a descentralização total do SUS.

A Gestão Plena de Atenção Básica Municipal, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao Piso de Atenção Básica – PAB. Uma vez habilitado, o município contará com recursos para custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde, voltados para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento e reabilitação.

Apesar de também ter sido implantado em 1998, o PAB contou com uma adesão inicial de cerca de 93% dos Municípios existentes à época. Espera-se que em 2000 a cobertura atinja 100%. O PAB é composto de uma parte fixa e de outra parte variável. A parte fixa, calculada em função do número de habitantes dos respectivos Municípios segundo dados do IBGE, é destinada às ações e aos serviços básicos de saúde. A parte variável, todavia, é formada por um conjunto de programas que requer habilitação específica e corresponde a incentivos financeiros para o desenvolvimento de tais programas que atualmente são os seguintes: Programa Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Programa da Farmácia Básica, Incentivo para Ações de Vigilância Sanitária, e Incentivo para Ações de Controle de Endemias.

5 Transparência do SUS

Está em curso um projeto do Governo Federal chamado “Brasil Transparente”, visando a preparação de medidas que delineiam um plano integrado de aperfeiçoamento da gestão de recursos públicos e de combate à corrupção e ao desperdício. Tal plano compreende as seguintes etapas das políticas públicas: planejamento, orçamento, execução financeira, administração dos contratos e controle da utilização dos recursos públicos.

O projeto “Brasil Transparente” soma-se à Lei Complementar 101, de 4/5/2000, conhecida com “Lei de Responsabilidade Fiscal”, no objetivo de garantir visibilidade social às políticas e aos gastos públicos. A busca pela transparência é, em verdade, a busca pela racionalização e controle no usos dos recursos públicos, tanto no que diz respeito às despesas, como às receitas públicas que devem ser valorizadas ao máximo. Na Internet é possível acessar toda essa discussão no site www.redegoverno.gov.br.

As políticas públicas de saúde estão entre as de maior e de melhor participação social. No entanto, é permanente a busca pelo aperfeiçoamento dos mecanismos que garantam a transparência por meio da melhora na qualidade e na quantidade de informações prestadas à sociedade.

A informação, aliás, é a ferramenta fundamental para a consecução dos objetivos e dos princípios do SUS. Nesse sentido, diversos mecanismos vêm sendo aperfeiçoados para permitir o acesso às informações em saúde da maneira mais ampla possível. Em diversos lugares e por meios também variados é possível obter-se tanto orientações sobre práticas saudáveis quanto informações que permitam o acompanhamento e o conseqüente controle social sobre as políticas, as ações e os serviços de saúde. Assim, desde o *modus operandi*

adotado até os recursos empregados e as metas esperadas em determinado programa podem ter sua execução acompanhada por meio de instrumentos hoje disponíveis como é a Internet.

Os conselhos de saúde constituem, por excelência, espaços privilegiados para a busca da informação e das orientações necessárias para o bom conhecimento, acompanhamento e participação nas políticas e nos programas de saúde no âmbito do SUS. Da mesma forma, o poder público também disponibiliza informações e orientações de extrema importância para o conjunto da sociedade tanto por meio da publicação de periódicos quanto por telefone. Todavia, sem a menor dúvida, o uso da Internet é o maior avanço para possibilitar o acesso rápido e seguro a uma gama infinita de informações e orientações sempre atualizadas que muito contribuem para o objetivo de dar transparência ao SUS.

Dentre os periódicos podem-se destacar o Jornal “Saúde, Brasil”, do Ministério da Saúde; o jornal do CONASS, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais; o jornal FUNASA Notícias da FUNASA; o Informativo “SAA Informa”, publicação da Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde; e o “Informe Saúde”, boletim da Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. Por telefone, em contato direto com o Ministério da Saúde, pode-se consultar o DISQUE SAÚDE gratuitamente pelo número 0800.61.1997 de qualquer parte do país. Já pela Internet, em tempo real, é possível participar de toda discussão, acompanhar todos os programas e projetos, bem como ter acesso a toda discussão sobre saúde no Brasil e, porque não, no mundo.

No sentido de aumentar a quantidade e a qualidade das informações do Ministério da Saúde (MS), cabe ressaltar a edição das Cartilhas Temáticas, publicadas pela Coordenação-Geral de Planejamento do Ministério da Saúde. Tais Cartilhas têm o propósito de explicar didaticamente os programas e as ações do MS, mostrando seus conceitos, seu funcionamento, sua divisão de responsabilidades, bem como uma avaliação sobre o respectivo andamento. Até o momento já foram editadas Cartilhas Temáticas sobre os seguintes assuntos:

- Programa Saúde da Família;
- Piso de Atenção Básica – Parte Fixa;
- Combate às Carências Nutricionais;
- Controle de Endemias;
- Controle do Câncer do Colo do Útero;
- Assistência Farmacêutica;

- Qualidade do Sangue;
- Humanização do Parto;
- Vacinação;
- SUS – Descentralização
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Saúde Indígena;
- Gestante de Alto Risco
- Urgência e Emergência; e
- Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial da Saúde.

Essas cartilhas também podem ser consultadas pela Internet na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Para tanto basta acessar a página do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), em seguida clicar na Biblioteca e consultar suas publicações.

5.1 O uso da Internet

A Internet pode representar um imenso avanço para a democratização das informações. As possibilidades dessa rede mundial têm se mostrado ilimitadas no que diz respeito à circulação de informações. Diferentemente dos meios de comunicação tradicionais pelos quais, em geral, manifestam-se apenas os pontos de vista de seus titulares, a Internet conta com a vantagem de ser possível tomar contato com as diferentes visões e posições acerca de qualquer assunto, de qualquer tema. Não é diferente no caso da saúde e, mais especificamente, do SUS.

Assim, é impreterível que fóruns como os conselhos de saúde, bem como órgãos como as Secretarias de Saúde, principalmente nos Municípios, qualifiquem-se a fazer uso da Internet como um instrumento auxiliar para aumentar o nível de informação e de conhecimento, para melhorar o planejamento e para facilitar a tomada de decisões.

A seguir elencam-se alguns caminhos possíveis para uma maior transparência e um melhor conhecimento do SUS e de seu funcionamento por meio da internet. A ênfase aos acessos possíveis na internet é devida por serem de alcance ilimitado e também por permitirem uma interação com a sociedade na medida que esta poderá manifestar-se, denunciar, sugerir, etc. de modo on line, diretamente a quem compete garantir o funcionamento do Sistema.

Nos endereços abaixo relacionados também é possível acessar uma série de outras páginas, por meio dos links aí contidos, de entidades e órgãos ligados à área de saúde. Da mesma forma, a interação é garantida por meio de

espaços destinados a debates e discussões em grupos sobre diversos temas de interesse.

Ministério da Saúde – www.saude.gov.br

Acessando-se esse endereço poder-se-á tomar contato com inúmeras informações indispensáveis ao bom acompanhamento dos programas e dos projetos de Saúde. Ai encontram-se também as informações acerca da descentralização e de toda legislação que rege os serviços de saúde.

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – www.funasa.gov.br

A página da FUNASA permite a visualização das ações sob sua responsabilidade tais como saneamento, vacinação e combate a endemias. Também é possível visualizar a memória, o funcionamento e os planos dessa Fundação investida de importantes atribuições na área de saúde.

Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) – www.fiocruz.br

A centenária FIOCRUZ disponibiliza nesse endereço seus principais trabalhos na área de pesquisa e desenvolvimento de vacinas e de medicamentos, bem como outros serviços de referência. Importante notar que por meio desse acesso é possível obter ensino à distância na área de saúde.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – www.anvisa.gov.br ou www.anvs.gov.br

Todo registro e toda a fiscalização de produtos e serviços que possam influir sobre a saúde da sociedade é de competência da Anvisa. Em sua página, nos endereços acima, é possível acompanhar esse trabalho e ter acesso a um importante meio para apresentar denúncias e cobrar soluções para irregularidades em serviços e produtos sujeitos à vigilância sanitária.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – www.saudesuplementar.gov.br ou www.ans.gov.br

Esta Agência é responsável pela regulação dos serviços de saúde suplementar. Ou seja, tudo que diga respeito a planos e a seguros de saúde pode ser encontrado na página da ANS.

Departamento de Informática do SUS (DATASUS) – www.datasus.gov.br

Nesse endereço disponibilizam-se dados e estatísticas, inclusive financeiras, sobre todo o SUS. É um poderoso instrumento para o acompanhamento das ocorrências e dos desdobramentos dos programas na área da Saúde. No ícone “Produtos e Serviços” deste site encontra-se o SIOPS – Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde. O SIOPS traz informações sobre receitas e despesas com ações e serviços de saúde nos três níveis de governo.

Informações sobre AIDS – www.aids.gov.br

Nesse endereço é possível encontrar informações sobre HIV e AIDS tanto no que diz respeito às políticas quanto às práticas de combate ao vírus.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) – www.conasems.com.br

Essa página permite visualizar e participar das discussões e debates travadas no âmbito da representação dos secretários municipais de saúde.

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) – <http://conass.saude.gov.br>

Aqui os temas tratados dizem respeito aos assuntos atinentes aos gestores estaduais da saúde.

Conselho Nacional de Saúde (CNS) – <http://conselho.saude.gov.br>

Na página do CNS é possível tomar contato com o debate travado em torno dos assuntos de saúde de modo abrangente e sob a perspectiva dos diversos segmentos da sociedade aí representados.

No conjunto das páginas acima citadas pode-se acessar informações sobre praticamente toda a política de saúde no país. Como já dito antes, por meio de links constantes nessas páginas, é possível acessar outra gama enorme de entidades, instituições e órgãos ligados à saúde.

6 Legislação, Normas e Textos de Referência

1. “Brasil Transparente”, Consulta Pública da Presidência da República, DOU Seção I, 8.9.2000, pp. 115-118.

2. Cartilha: “Sistema Único de Saúde – SUS – Descentralização.” Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/ Coordenação-Geral de Planejamento, novembro de 2000.

3. Cartilha: “Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas: Saúde Indígena.” Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Susretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação-Geral de Planejamento, outubro de 2000.

4. Cartilha: “Plano Plurianual – PPA – 2000/2003. Estruturação do PPA: Visão do Planejamento Setorial da Saúde”, Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Susretaria de Planejamento e Orçamento/Coordenação-Geral de Planejamento, outubro de 2000.

5. Constituição Federal de 1988.
6. Decreto 99.438/90.
7. Emenda Constitucional 29, de 13.9.2000.
8. Jornal do CONASEMS, Ano V, n.º 66, Setembro de 2000.
9. Lei 8.080/90.
10. Lei 8.142/90.
11. Lei Complementar 101, de 4.5.2000-11-01.
12. Norma Operacional Básica 1991.
13. Norma Operacional Básica 1993
14. Norma Operacional Básica 1996
15. Portaria MPOG 42, de 14.4.1999
16. Regimento Interno da XI Conferência Nacional de Saúde, 2000
17. Resolução 33, de 23.12.1996, do Conselho Nacional de Saúde
18. Resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986

– Outras Publicações da COPLIMS



Editoração, Revisão, Impressão, Acabamento e Expedição
Editora – Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA/SE
Ministério da Saúde
SLA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
e-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, dezembro 2000