

## **SUS: quando um sistema de saúde nacional e único na sua conformação organizativa foi implantado num país federativo. Exigência de novos paradigmas administrativos**

Lenir Santos

Advogada, especialista em Direito Sanitário pela USP; ex-procuradora da UNICAMP.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico, doutor em Saúde Pública pela UNICAMP e secretário municipal de Saúde de Fortaleza.

### **RESUMO**

Analisa-se a organização político-administrativa do SUS por normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde e aponta-se sua insuficiência para operá-lo. Uma vez que o SUS é um sistema nacional, organizado sob o formato de rede de serviços e executado por entes federados, autônomos, há necessidade de se buscar novos paradigmas administrativos para executá-lo, como os consensos e os colegiados interfederativos. Propõe-se a adoção de contratos entre entes públicos com a finalidade de se organizar o financiamento multilateral e as ações de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas.

**Palavras-chave:** Normas Operacionais; Rede Interfederativa de Serviços de Saúde; SUS; Administração Pública; Consensos Interfederativos.

### **ABSTRACT**

The present work analyses the SUS political-administrative organization through operational rules issued by Ministry of Health and indicates its insufficiency to carry out. The authors develop the thesis that being SUS a national system organized by a service net and accomplished by federal and autonomous agencies there is the necessity to find new administrative paradigms to carry it out like agreements and inter-federative groups. The authors also suggest the adoption of contracts among public institutions in order to organize the multisided financial system and the health actions in regional and hierarchical net.

**Keywords:**

### **INTRODUÇÃO**

O atual sistema público de saúde, no Brasil, decorre da Constituição Federal (CF) de 1988 - arts. 6º e 196, que reconheceu ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado e conferiu aos entes federados competência igual para a sua garantia (BRASIL, 2006a). Todos os entes federados devem executar ações e serviços públicos de saúde, nos termos do disposto nas Leis 8.080/90 (BRASIL, 2006 a) e 8.142/90 (BRASIL, 2006 a), no âmbito de um único sistema denominado de Sistema Único de Saúde.

Anteriormente à Constituição de 1988, a saúde não era reconhecida como direito público subjetivo (direito do sujeito oponível ao Estado), mas apenas como um serviço público que deveria atuar de modo preventivo e emergencial, como os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, o pronto-socorro, e outras ações e serviços voltados para a proteção materna e infantil.

Os serviços de saúde curativos não eram dever do Estado e se caracterizavam como um benefício dos sistemas de previdência social devido aos trabalhadores integrantes do regime geral de previdência pública.

Em artigo publicado em 2005, Lenir Santos tratou do tema da seguinte forma:

No Brasil, em 1923, foi editado o Decreto n. 16.300 aprovando o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1937, o Ministério da Educação e Saúde (Lei n. 378, de 13/01/37) foi reestruturado, criando-se o Conselho Nacional de Saúde. As atribuições do Conselho Nacional de Saúde deveriam ser objeto de lei específica. Em 1954, mediante o Decreto n. 35.347, de 8 de abril, foi aprovado o regimento do Conselho Nacional de Saúde. É desse mesmo ano a Lei n. 2.312, de 3 de setembro, que dispôs sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde. (BRASIL, 1954) citações acima de 3

está) A regulamentação da lei ocorreu em 1961, Decreto n. 49.974-A, de 21 de setembro, com a denominação de Código Nacional de Saúde.

Nessa época, as atividades relativas à saúde pública, principalmente o poder de polícia sanitária, estavam sob a responsabilidade do Estado Federal. Vários serviços públicos, como os destinados à Investigação e os Serviços do Distrito Federal, tratavam da saúde. Os serviços de água e esgoto; as atividades sanitárias como fiscalização de mercados, matadouros, leite; as doenças contagiosas; a higiene do trabalho; gêneros alimentícios e engenharia sanitária, dentre outros, eram incumbência da saúde, no âmbito do Ministério da Educação e Saúde.

A consciência ecológica não existia nessa época, ainda que remonte à época de Hipócrates o conceito de que os fatores ambientais e o estilo de vida influenciavam a gênese das enfermidades (SCLIAR, 2003). Havia, isso sim, uma preocupação com a proteção coletiva e o desenvolvimento de uma cultura sanitária, mediante a divulgação de conhecimentos de higiene individual e de saúde pública. O perigo social deu origem à polícia sanitária, ante a necessidade de intervir prevenindo e coibindo práticas que pudessem causar danos coletivos à saúde. O receio de contaminações e a necessidade de profilaxia exigiam que o Estado adotasse políticas de saúde.

As obras de caridade, as santas casas de misericórdia, cuidavam da saúde curativa de cunho individual, tanto que o Estado Federal garantia subvenção às entidades privadas que assumiam essas atividades como obra assistencial e caritativa - Lei n. 1.493. (BRASIL, 1951)

A ampliação da assistência curativa surgiu com os institutos previdenciários (IAPs), que mantinham dentre os seus benefícios, serviços médicos e hospitalares para trabalhadores filiados aos institutos previdenciários. Com a unificação desses institutos em um único instituto nacional de previdência social, com financiamento tripartite – trabalhador, empregador e Estado –, surgiu, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde - Lei n. 6.229 (BRASIL, 1975) e em 1977 foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS / Lei n. 6.439. (BRASIL, 1977).

A saúde pública continuava sendo marcadamente de responsabilidade federal, cabendo ao Estado-membro manter centros de saúde e, ao Município, responder pelo pronto-socorro local. Somente os trabalhadores integrantes do regime geral de previdência social pública tinham acesso aos serviços curativos mantidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Vários foram os programas – no âmbito da Reforma Sanitária pretendida por especialistas e defensores de uma saúde pública descentralizada e universalizada – que buscaram romper com esse sistema de saúde centralizado, envolvendo estados e municípios, devendo ser destacados as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Com a Constituição de 1988, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público, num reconhecimento de que o sujeito é detentor do direito e de que o Estado é o seu devedor, além, é obvio de uma responsabilidade própria do sujeito que também deve cuidar de sua própria

saúde e contribuir para a saúde coletiva.<sup>1</sup> Hoje, compete ao Estado garantir a saúde do cidadão e da coletividade.

Um novo sistema de saúde pública nacional foi criado, o Sistema Único de Saúde, com responsabilidades públicas e uma definição de saúde não como um fenômeno puramente biológico, mas resultante de condições socioeconômicas e ambientais, devendo a doença ser considerada, conforme, ‘também como um sinal estatisticamente relevante e precocemente calculável, de alterações do equilíbrio homem-ambiente, induzidas pelas transformações produtivas, territoriais, demográficas e culturais, incontroláveis nas suas conseqüências, além de sofrimento individual e de desvio duma normalidade biológica ou social.’ (BERLINGUER, 1987, p. 54).

Diante do conceito trazido pela Constituição de 1988 de que ‘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’, abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade (prevenção da transmissão da malária, da hanseníase, da tuberculose e cuidados que competiam à polícia sanitária), e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de recuperação e prevenção. A visão epidemiológica da questão saúde-doença que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos, educacionais que podem gerar a enfermidade passou a integrar o direito à saúde.

Esse novo conceito de saúde passou a levar em conta as suas determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, e impôs aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatores e formular uma política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, política condizente com a elevação das condições de vida da população.

Assim, não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. Falar, hoje, em saúde sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental é voltar à época em que a doença era um fenômeno meramente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o homem e seu corpo.

Mesmo que o sistema de saúde tenha atuação preventiva e curativa absolutamente iguais, as pessoas que vivem em condições mais precárias, fatalmente serão mais acometidas de doenças e outros agravos, ainda que o sistema de saúde lhe ofereça um excelente serviço de recuperação.

Daí dizer-se que sem redução das desigualdades sociais, sem a erradicação da pobreza e a melhoria das condições de vida, o setor saúde será o estuário de todas as mazelas das políticas sociais e econômicas. E sem essa garantia de melhoria dos fatores condicionantes e determinantes não se estará garantido o direito à saúde, em sua abrangência constitucional.

---

<sup>1</sup> Art. 2º, § 2º, da Lei n. 8.080/90: ‘O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.’ O direito à saúde obriga a todos, indistintamente, por envolver questões de cunho coletivo e direitos difusos. Ninguém tem o direito de prejudicar a saúde de outrem. Aqui há clara interligação da proteção ao meio ambiente com a saúde.

Assim, o direito à saúde, de acordo com a definição do art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 2007), pressupõe: a) o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação e b) a adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos. A saúde hoje é considerada um direito fundamental do ser humano. E como direito fundamental e como elo do direito à vida, o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado, em todas as suas nuances. (SANTOS, 2005, pg. 135) **INDICAR AUTOR, ANO E AS PÁGINAS DE ONDE RETIROU AS CITAÇÕES**

Com o direito à saúde elevado à categoria constitucional, conforme mencionado acima, a União, o Distrito Federal, os estados e os municípios passaram a ter que organizar, em seus territórios, serviços de saúde que fossem capazes de atender às necessidades coletivas e individuais da população, de maneira abrangente (integralidade da assistência à saúde).

O Sistema Único de Saúde, conforme art. 198, caput, da CF (BRASIL, 1988), é um sistema nacional resultante da integração de todos os serviços públicos de saúde que devem organizar-se sob o formato de rede regionalizada e hierarquizada.

Sendo o SUS um sistema nacional que deve ser organizado sob o formato de rede regionalizada e hierarquizada e executado por entes federados autônomos entre si, essa sua conformação e realização impõem a criação de novos arranjos administrativos, operativos, políticos, uma vez que a administração pública não tem ferramentas suficientes para executá-lo.

O fato de cada ente federado ter que responder pela integralidade da assistência à saúde de sua população, já rompe com as clássicas definições de que o município somente planeja e executa serviços para os seus municípios, atuando sempre no interesse local; no SUS, o município-referência planeja e executa serviços para a sua população e para a que lhe é referenciada dentro da rede regionalizada. Essa tese do interesse local, no SUS, é rompida pela hierarquização de serviços de maior ou menor complexidade.

Por isso o financiamento há que ser estadual e federal por ultrapassar o município os limites de sua geografia, ou seja, o seu interesse local. Vê-se que na saúde as operações administrativas e financeiras são complexas, exigentes de novos instrumentos jurídicos e administrativos que dêem conta de manter a unicidade conceitual e operativa do SUS ao mesmo tempo que respeita as diversidades locais, regionais e estaduais e a autonomia dos entes federados.

Esse trabalho visa analisar o SUS sob o ângulo de sua organização político-administrativa, a qual, se não contar com novos instrumentos jurídico-administrativo-operativos, não será capaz de implementar um sistema único e descentralizado, gerido por entes autônomos que necessariamente devem inter-relacionar-se.

O estudo parte do pressuposto de que o acesso universal e igualitário e integralidade da atenção à saúde dão ao SUS o formato de rede interfederativa de serviços de saúde, obrigando todos os entes federados a interagirem e decidirem de forma consensual a política de saúde e a sua execução. O SUS impõe o formato de administração pública negocial-consensual.

As normas operacionais editadas durante mais de 15 anos não conseguiram dar essa organicidade ao SUS; muito pelo contrário, transformou, muitas vezes, entes federados em gerentes de programas e projetos federais.

É com essa ordem de idéias que se pretende demonstrar como é possível executar um sistema de saúde nacional, próprio de um país unitário, num Estado

federal, o qual, para tanto, exige cooperação, integração, interdependência de entes federados autônomos e novos paradigmas administrativos.

### DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS está definido na Lei n. 8080/90, art. 4º, como “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” (BRASIL, 2006a, p.11) organizado, nos termos do art. 198 da CF, como uma rede regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral e com a participação da comunidade. (BRASIL, 2007)

O formato da organização do SUS em rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo que deve garantir o atendimento integral à população impõe-lhe uma configuração de rede interfederativa de serviços de saúde, uma vez que nenhum ente federado será capaz de garantir ao indivíduo ou à coletividade, em seu campo de atuação territorial, a integralidade da atenção à saúde.

### DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

O inciso II do art. 198 da CF estabelece como diretriz do SUS “o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2007, p. 39), rezando o inciso II, do art. 7º da Lei n. 8.080/90, ser um dos princípios do SUS, “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”. (BRASIL, 2006a, p. 13)

Também a integralidade da assistência à saúde conforma o SUS como um sistema interfederativo de serviços, em razão de as necessidades individuais e coletivas de um município ou de uma população demarcada superarem os limites territoriais de um município ou de uma região ou estado.

Um município de pequeno porte, que mantém serviços apenas de atenção básica, não terá condições de atender às necessidades de um município seu na realização de um transplante, devendo utilizar os serviços de outro município ou do estado, servindo-se da rede interfederativa de serviços de saúde; por sua vez, o município integrante dessa rede que contar com serviços de maior complexidade, deverá prestar o necessário atendimento ao município que lhe seja referenciado, ainda que residente em outro município.

O atendimento à saúde integral do indivíduo e da coletividade implica na interdependência dos entes federativos na prestação dos serviços de saúde; por consequência, os serviços de saúde de todos os entes federativos deverão conformar uma rede regionalizada e hierarquizada, com definição clara dos direitos, obrigações e responsabilidades públicas de cada um no tocante ao atendimento de seus cidadãos.

É preciso demarcar esse sistema unitário e interfederativo, autônomo e interdependente, executado por entes federados.

A primeira demarcação é que a autonomia dos entes federados é mitigada pela necessidade de interligação e interdependência de serviços numa rede regionalizada e hierarquizada.

A segunda é que todos os entes federados devem executar serviços de forma articulada e contínua em todos os níveis de complexidade da assistência, a fim de atender às necessidades da população individual e coletiva.

A terceira demarcação é o financiamento da saúde que deve ser multilateral, cabendo a todos os entes federados alocar receitas próprias, além do dever do estado e da União de transferir recursos para os municípios.

Esses três marcos conformam o SUS como uma rede interfederativa de serviços. Contudo, durante todos esses anos, a organização política e administrativa do SUS foi moldada por regras ministeriais (Ministério da Saúde) que muitas vezes feriram as leis que o regulamentavam (Leis 8.080/90 e 8.142/90), como veremos a seguir. Muitas vezes o consenso foi buscado, mas nem sempre alcançado ou mantido pelas normatividade subsequente às normas operacionais.

#### DA ORGANIZAÇÃO DO SUS POR NORMAS OPERACIONAIS DE SAÚDE (NOB-SUS)

As NOBs – as primeiras delas: NOB 01/91 e NOB 01/92 (BRASIL, 1991, 1992) – tentaram transformar o SUS num sistema ‘inampiano’ ampliado, com estados e municípios sendo seus prestadores de serviços. Isso somente não aconteceu de fato porque numerosos secretários de Saúde, especialistas em saúde, e outros atores, tiveram forte atuação através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) e de outras entidades. A condução do SUS durante alguns anos esteve nas mãos tanto do Ministério da Saúde como do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – essa autarquia federal foi vinculada ao Ministério da Saúde em 1990 até a sua extinção em 1993.

As NOBs tentaram ser as regras de organização político-administrativa do SUS durante esses 15 anos: de 1991 a 2006, pautando-o pelo financiamento (transferências federais para estados e municípios) e não pelas necessidades de saúde da população ou por metas qualitativas a serem alcançadas.

Na obra “SUS: espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos” os autores trataram desse tema nos seguintes termos:

Primeiramente, cabe esclarecer o que vem a ser uma Norma Operacional Básica. As normas operacionais eram regras de organização e financiamento do SUS ditadas pelo Ministério da Saúde, mediante portarias com anexos que detalhavam os procedimentos a serem observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras federais. As NOBs sempre se faziam acompanhar por um conjunto de outras portarias. A primeira NOB foi aprovada pela Resolução 258/91, do então presidente do INAMPS. Seu objetivo era dispor sobre a nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde para o ano de 1991. Pretendia-se, pelo visto, editar a cada ano uma Norma Operacional Básica para regular as transferências de recursos da União para os estados e municípios. (SANTOS; ANDRADE, 2007, p. 35)

Não obstante, até os dias de hoje o critério de rateio das transferências federais nunca observaram a legislação vigente, mas sim as normas operacionais nem sempre compatíveis com as leis.

Na época da edição da primeira NOB, em 1991, A despeito de a lei definir como deveriam ser os repasses de recursos da União, o INAMPS, por resolução dispôs, em um dos considerandos dessa NOB:



[...] pretende-se que através do conhecimento e domínio total das instruções aqui contidas e da subsequente familiarização com o sistema de financiamento implantado, possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos estados e municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos.<sup>2</sup> [BRASIL, 1991, p.??] Não tem página porque é uma portaria]

A NOB mencionava ainda que “enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080/90,<sup>3</sup> o montante a ser transferido a estados e municípios será definido no convênio.” [BRASIL, 1991, Não tem página porque é uma portaria publicada e refrada copia por internet do site SENADO] – Normas não tem número de página!

Essa norma operacional tentou reproduzir o INAMPS dentro do SUS e foi editada pelo seu presidente.

Sucessivas normas operacionais induziram a organização do SUS. A cada edição de portarias ministeriais – NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001, NOAS-SUS 2002 –, os estados e municípios deveriam arranjar-se para organizar o sistema local e regional nos termos ali definidos, ainda que estes termos contrariassem aspectos das leis nacionais reguladoras do sistema e as normas editadas (por meio de portarias) inibissem fortemente a liberdade dos estados e municípios para dispor sobre seus planos de saúde, de acordo com sua realidade local e regional – respeitadas as diretrizes e os princípios do SUS e os consensos regionais e estadual.

A NOB 01/93 foi a primeira, dentre as demais a contar com o movimento municipalista<sup>4</sup> na sua elaboração, movimento esse que já vinha atuando na implantação do SUS, tendo sido, ainda, a primeira a ser editada pelo Ministério da Saúde, sem a participação do INAMPS.

[Santos, Andrade., 2007, p. 48] destacam ainda, no tocante à NOB/93 que:

Nesse sentido, o documento propunha que fosse desenhado um processo de transição entre a situação atual e aquela definida na Lei 8.080/90, que tivesse como norte as diferenças profundas entre municípios e estados, estabelecendo responsabilidades de acordo com a capacidade técnica, financeira e operativa de cada ente federado. A estratégia seria: a) assegurar flexibilidade ao processo de organização do SUS, de modo que permitisse a consideração de diferentes realidades estaduais e municipais; e b) exigir um processo negociado que assegurasse viabilidade política à execução das medidas operacionais.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada em 1991, mas sem ter sido colocada em prática, a não ser no final do ano de 1992, em decorrência de mudanças havidas no Ministério da Saúde com a renúncia do presidente Collor, era composta por representantes da União, dos estados e dos municípios (por isso tripartite), e a Comissão Intergestores Bipartite<sup>5</sup> (CIB), por representantes das secretarias estaduais de Saúde e do órgão colegiado de representação dos secretários municipais de Saúde.

---

<sup>2</sup> Essa norma, tanto quanto essa frase foi objeto de severas críticas, podendo-se citar, dentre elas, a de autoria de Lenir Santos, publicada na *Revista Saúde em Debate*, 31, 1991.

<sup>3</sup> Esse refrão será mencionado durante anos a fio, sem que nunca tivesse havido preocupação com a regulamentação dos critérios legais de transferência de recursos.

<sup>4</sup> Com o processo de descentralização, ocorrido em 1990, novos atores surgiram no movimento sanitário, os secretários municipais de Saúde associados ao CONASEMS; também os conselhos de saúde trouxeram para o movimento os conselheiros de saúde.

<sup>5</sup> A Comissão Intergestores Bipartite somente foi criada no âmbito da NOB 93 e a sua instituição fortaleceu a Comissão Intergestores Tripartite.

O 'Documento da Ousadia' já antevia que, sem um fórum interfederativo de decisão consensual sobre questões complexas do SUS, não seria viável implementar no país um sistema único e descentralizado, que conjugasse serviços de todos os entes federados, possibilitando, assim, o atendimento integral à saúde individual e coletiva; enfatizava, ainda, que o financiamento fosse compartilhado entre todos os entes federativos e que a regionalização das ações e serviços de saúde fosse uma realidade. Somente uma ação pactuada seria capaz de manter esse sistema: 'Não será possível atingir os objetivos constitucionais sem um prévio entendimento entre os gestores das três esferas de governo', defendia a NOB 01/93 (BRASIL, 1993) não tem página em norma!!

Em 1996, tivemos a edição da NOB 96 cujo lema principal era a 'gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão' (BRASIL, 1996), numa tentativa de construir a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de serviços de saúde.

Essa NOB 96 conseguiu aprofundar a descentralização, ainda que permanecesse a necessidade de habilitação em uma das condições de gestão para o município poder fazer jus às transferências de recursos da União.

Um grave erro foi o de considerar entes federados como 'prestadores de serviços da União', casos estes não se habilitassem perante o Ministério da Saúde. Outro ponto crítico foi o de entender que o município 'não habilitado' não seria dirigente do SUS municipal, numa afronta à Constituição (art. 198) e à Lei 8.080/90 (arts. 4º e 8º), que expressamente determinam ser o município o dirigente único do SUS em sua esfera de governo. Isso sem considerar outros dispositivos constitucionais violados.

A NOB 01/96 aprofundou a fragmentação dos repasses de recursos, que chegaram a ter mais de cem modalidades de transferências, ainda que tenha criado a condição plena de gestão para os entes federativos, mas que na prática transformou-se em gestão com menos poderes do que a condição de gestão semiplena da NOB 93.

Além do mais, essa NOB impediu a possibilidade de municípios de pequeno porte assumirem a gestão plena de seu sistema municipal, pois a condição plena do sistema só era admissível se o ente federativo tivesse todos os serviços necessários ao atendimento de sua população.

Mesmo com a descentralização das ações e serviços de saúde, as normas operacionais continuavam a conformar o SUS pelas suas regras, todas fundadas no financiamento da saúde.

Em 2000, foi publicada a NOAS 01/2000.

Essa NOAS visou preencher lacunas da NOB 96 no tocante à área assistencial, além de ter sido, logo no ano seguinte, revogada pela NOAS 2002, o que impediu a sua implementação; desse modo, essa NOAS não chegou a ser implementada e já foi revogada.

A NOAS 01/2002 teve por fim ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica e criar mecanismos para um processo de regionalização que tivesse como estratégia a hierarquização dos serviços de saúde, visando a equidade. Buscou-se, ainda, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, mediante o processo de atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (BRASIL, 2002)

Com o esgotamento de todos os modelos de regulamentação da organização e funcionamento do SUS pautado por financiamento fracionado e fortemente regulado, em seus mínimos detalhes, pelo Ministério da Saúde, transformando, muitas vezes, estados e municípios em gestores de projetos e programas federais, e diante das freqüentes críticas a esse modelo, todos os entes federativos passaram a discutir a



necessidade de novas bases para a gestão compartilhada do SUS e para as transferências de recursos da União para estados e municípios.

A partir dessas demandas, após dois anos de discussão no Ministério da Saúde, foi editada a Portaria 399, de 22 de março de 2006, regulamentando 'Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido Pacto'. (BRASIL, 2006b)

O pacto visa estabelecer novo patamar na forma de financiamento, definição de responsabilidade, metas sanitárias e compromissos entre os gestores da saúde, consubstanciados em termos de compromisso com metas e plano operativo.

Essa nova norma, pactuada de forma consensual na Comissão Intergestores Tripartite, passou a ser o documento definidor do funcionamento do SUS em âmbito nacional, a partir de 2006.

O Pacto, a partir de 2006, vem a ser o novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS e algumas das reivindicações dos gestores de estados e municípios, como o reconhecimento da sua autonomia, foram consideradas, deixando, assim, de existir as 'habilitações' que, teoricamente, implicavam na 'permissão' do Ministério da Saúde para que o município e o estado fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição à 'habilitação' foi instituído o 'termo de compromisso', instrumento que irá formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde.

Pelo Pacto pela Saúde 2006, que deverá ser revisado anualmente, os gestores assumem o compromisso público de enfatizar as prioridades insertas nos seus três componentes, denominados de: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Vê-se que durante todos esses anos – da edição da Lei n. 8.080/90 até os dias de hoje, 2007 –, a organização do SUS esteve fundada no financiamento e em normas editadas pelo Ministério da Saúde, ainda que muitas delas tenham sido realizadas de forma consensual, na comissão intergestores tripartite.

Por que todas essas dificuldades? Deixando a grave e importante questão do financiamento de lado, e passando a olhar o SUS como um sistema nacional de execução descentralizada que se organiza de forma interligada, interdependente, uma vez que todos os entes federados são solidariamente responsáveis pela saúde individual e coletiva da população – não foram poucas (e não são até hoje) as dificuldades para operá-lo sem quebra de paradigmas da administração pública.

Um sistema de saúde próprio de um país unitário teve que ser levado a cabo num estado federal (federalismo cooperativo) e com forte influência centralizadora. Para isso, somente um sistema que se organize em rede regionalizada, operado por meio de consensos interfederativos poderá garantir o direito à saúde da pessoa humana e respeitar a diversidade dos entes federados e sua autonomia.

## DA REDE INTERFEDERATIVA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O disposto no art. 198 da CF (BRASIL, 2007), combinado com a redação do inciso II do art. 7º, da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 2006a), impõe ao SUS o formato de rede interfederativa de serviços de saúde.

Somente uma rede interfederativa de serviços será capaz de garantir à coletividade e ao indivíduo a integralidade da assistência à saúde, conforme enunciado do art. 7º, II, da Lei n. 8.080/90, diante da impossibilidade de um ente federado, principalmente o município, garantir ao cidadão de seu território, da vacina ao

transplante. Apenas uma rede de serviços interligada e interconectada poderá cumprir esse papel.

Município algum, a não ser os de grande porte, e são poucos, dará conta de cumprir com esse princípio do SUS: a integralidade da assistência à saúde.

Diante disso, as ações e serviços de saúde somente podem realizar-se em rede de serviços, rede essa que perpassa mais de um município, uma região ou um estado, impondo aos entes federados direitos, deveres, responsabilidades, dando espaço para a organização, na saúde, de um Estado-rede, no qual não haja hierarquia nem autonomias, mas sim interdependência; não haja imperatividade, mas sim negociação e consenso.

O SUS, por configurar-se como uma rede regionalizada de serviços, sempre exigiu financiamento multilateral, ou seja, financiamento próprio de cada ente e transferências obrigatórias da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios, em razão de a integralidade da assistência ser um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema.

E como operar essa rede interfederativa? Como articular os consensos e sua operacionalização?

## DOS COLEGIADOS INTERFEDERATIVOS DE SAÚDE

O lócus dos consensos interfederativos devem ser os colegiados interfederativos de âmbito nacional (União, estados, Distrito Federal e municípios) e de âmbito estadual (estados e municípios) e até mesmo regional (municípios), se necessário.

Esses colegiados teriam o papel de discutir, periodicamente, e decidirem de maneira consensual, desde a política nacional de saúde até a operatividade da rede de serviços do SUS em todos os seus aspectos: organizativo, financeiro, técnico, dentre outros.

Como deveriam se formar esses colegiados?

Operacionalmente, esses colegiados não poderiam, pelo menos em âmbito nacional e estadual, se fazer representar por todos os secretários de Saúde, dirigentes únicos do SUS, nos termos do art. 9º, da Lei n. 8.080/90, por impossível.

Os entes federados, pelas suas secretarias de Saúde, devem se fazer representar pelos seus conselhos de secretários de Saúde, entidades legitimadas para o exercício dessa representação – CONASS, CONASEMS e COSEMS (Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde) – no âmbito de cada esfera de governo.

O CONASS tanto quanto o CONASEMS já estão mencionados na Lei 8.142/90 como entidades representantes dos estados e dos municípios no Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2006a)

Bastaria um provimento legislativo para se criar esses colegiados e garantir segurança jurídica nas suas decisões e sua representação institucional (que ficaria reconhecida definitivamente). E se esse colegiado vier a ser criado no âmbito do Executivo, não poderá ficar subordinado ao ente que o criar, mas apenas vinculado a ele para efeitos de apoio administrativo e operacional.

O colegiado deve ter suas competências definidas no provimento que o criar, cabendo-lhe, em consenso, decidir sobre seu funcionamento.

Esse colegiado deverá decidir, de maneira consensual, todas as questões interfederativas da saúde; sendo consensuais as decisões, nenhum ente interfere na autonomia do outro, havendo apenas uma mitigação pelo fato de todos terem que decidir em conjunto as questões da saúde; mas essa mitigação é dada pela própria

Constituição, que combinou um serviço de âmbito nacional com execução descentralizada e impôs-lhe o formato de rede interfederativa. A negociação consensual é a forma como o SUS deve ser operacionalizado.

## CONSENSOS INTERFEDERATIVOS

A negociação consensual é a única forma de se decidir questões que envolvem diversos entes federados, autônomos entre si. Somente o consenso será capaz de operar um sistema de saúde organizado sob o formato de rede nacional, de responsabilidade de todos os entes federativos de maneira interdependente. O conceito de rede não se conforma com modelos estanques, que se esgotam em seu âmbito administrativo, territorial; a rede pressupõe uma integração e uma interdependência. Todos devem juntos executar um sistema público interconectado, entrelaçado, o qual serve de referência uns para os outros; todos se utilizam da rede de serviços multilateral para garantir ao cidadão de seu território a integralidade da atenção à saúde.

Os entes mantêm a sua autonomia, apenas suavizada, mitigada pela necessidade de negociar, pactuar, acordar. É a administração pública concertada, na qual todos abrem mão de determinados poderes em nome do bem comum, do interesse público, do consenso.

Não há outro modo de se operar e gerir o SUS; o SUS é um sistema-rede-negociação-concertação.

O SUS introduz na Administração Pública o formato da gestão por consenso, exigindo a adoção de mecanismos que viabilizem a interação dos entes envolvidos; um desses mecanismos são os colegiados interfederativos (...); e o outro a produção de normas consensuais definidoras da política de saúde e de sua execução que não dá para ser reguladas por lei no seu sentido formal. (SANTOS; ANDRADE, 2007, p.11).

De maneira saudosa, lembramos aqui um trecho do advogado-sanitarista Guido Ivan de Carvalho, um dos artífices jurídicos do SUS, que, de maneira figurada e poética, bem revela o que deve ser essa ação concertada dos entes federados na saúde:

a imagem que mais está presente em mim e me dá energia para seguir a caminhada (...) é a de um pastor de ovelhas. De um guardador de rebanhos, preocupado em garantir o campo e a água para todas as ovelhas, apenas porque deseja que cada ovelha participe da alegria do rebanho e o rebanho chore a fome de uma ovelha. (CARVALHO, 1987, p.106).

O SUS interfederativo exige esse sentimento de cooperação e solidariedade entre os entes federados.

O PLP 001/2003, na sua Subemenda Substitutiva, votada no dia 30 de outubro de 2007, na Câmara Federal, que regulamenta o § 3º do art. 198 da CF, em seu art. 17, § 1º, reconhece os consensos e os colegiados interfederativos no SUS ao dispor que caberá à comissão trilateral definir metodologia para apuração dos valores a serem transferidos obrigatoriamente pela União aos Estados, Distrito Federal e Municípios. (BRASIL, 2007)

## CONTRATOS DE ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO PÚBLICA

E como operacionalizar esses consensos? As responsabilidades, as competências definidas em minúcias, o financiamento, as referências e contra-referências de serviços, deveres, direitos dos entes federados?

Aqui há necessidade de consubstanciar esses acordos em instrumentos jurídicos capazes de organizar a ação pública da saúde, com definições precisas dos direitos, deveres, compromissos; esse foi o caminho de países como Espanha, que promoveram, desde 1997, mudanças na organização do seu sistema de saúde, introduzindo os contratos entre entes públicos, como os contratos-programas; os contratos, naquele país, detalham e explicitam prestações de serviços, incentivos, obrigações, financiamento entre entes públicos etc. (REPULLO, J. R.; INESTA, A., 2005).

Os contratos entre entes públicos será uma forma qualificada de formalizar os consensos. Esses contratos poderão conferir consistência jurídica à ação concertada, definindo com clareza as atribuições dos entes signatários, direitos, deveres, financiamento, dentre outros. E a definição concreta de responsabilidades e penalidades conferirá estabilidade jurídica às relações negociais-consensuais.

Os contratos públicos entre entes públicos será, talvez, um dos únicos instrumentos capaz de conferir segurança jurídica a essa concertação, como dissemos antes. Trata-se de um contrato administrativo plurilateral, sendo um acordo de vontades em que os contratantes se comprometem mutuamente a promover determinados serviços, a ser referência para outros, a receber determinados recursos e alocar outros, a alcançar determinadas metas, enfim, um contrato cujo objeto será o alcance de objetivos comuns no interesse público, para se garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

A tensão existente nos dias de hoje entre usuário e poder público – e levada aos nossos tribunais –, poderá ser mais bem resolvida se um município, por exemplo, tiver firmado contrato com os demais entes federados, no qual estejam explicitados seus compromissos, seus deveres e seus direitos na rede interfederativa de serviços de saúde.

Por isso, propugnamos pela introdução em nosso país, dos contratos administrativos, organizativos da ação pública da saúde.

O Pacto pela Saúde 2006, editado pela Portaria MS n. 399/2006, já contém, em seu bojo, os termos de compromissos de gestão, instrumento que já aponta para um aprofundamento das relações contratuais que defendemos como adequado a um sistema interfederativo, consensual.

É oportuno dizer que os contratos que organizam a ação pública da saúde entre os entes federados devem, ainda, ser introduzidos, sob outros formatos e lógicas, no interior da Administração Pública municipal, estadual e federal a qual deve criar uma nítida divisão entre as atividades públicas de financiamento, planejamento, avaliação, regulação e controle das atividades de prestação de serviços direta ao usuário da saúde. Quem planeja, financia e avalia não deve ser o mesmo a prestar os serviços. O Sistema Nacional de Saúde espanhol (REPULLO, J. R.; INESTA, A., 2006) INCLUIR A REFERÊNCIA – Já está) criou essa distinção já em 1992, separando dentro do próprio poder público as funções de financiador das de prestador. Lá o contrato-programa firmado entre entes públicos já se estendem à atenção primária. Ainda que se trate de um contrato diferente daquele previsto no Código Civil, uma vez que são firmados entre entes e órgãos públicos para criar nítida separação entre as atividades ínsitas ao Estado (planejar, financiar, regular, avaliar) e aquelas que poderiam até mesmo ser executadas pelo setor privado, oferecendo clareza nos papéis a serem desenvolvidos e facilidade no dimensionamento de metas, desempenhos, valores, qualidade etc.

Esses contrato, previstos no art. 37, § 8º, da CF, precisam ser urgentemente regulamentados para poder, além de criar essa separação de papéis, conferirem autonomia gerencial aos entes contratados.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

É com essa ordem de considerações legislativas, jurídicas, administrativas, ‘principiológicas’, financeiras e operativas que se deve pensar o SUS sob o ponto de vista organizacional.

O SUS, por ser um sistema que inova a gestão pública, não pode ser organizado e operado com os atuais paradigmas da administração pública. Eles não são suficientes. Novos arranjos jurídicos e institucionais devem ser pensados para o SUS, sob pena de se cair num centralismo disfarçado de coordenação nacional, com desrespeito às autonomias dos entes federados ou de se operar uma rede sem unicidade conceitual e principiológica.

Desse modo, concluímos esse trabalho transcrevendo parcialmente considerações finais que, tomamos emprestadas da obra de nossa autoria (SANTOS; ANDRADE, 2007), conforme referido aqui:

1. O Estado brasileiro é constitucionalmente um federalismo cooperativo que combina competências concorrentes e comuns com competências privativas, repartidas entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, entes politicamente autônomos, ou seja, isonômicos entre si.
2. A divisão de competências combina a distribuição horizontal (competências estanques, não compartilhadas) com a vertical, que são as competências comuns a mais de um ente da federação, como é o caso da saúde, que compete a todos os entes federados. Todos eles devem cuidar da saúde, sem exclusividade e sem exceção.
3. A saúde, considerada dever do Estado, deve ser garantida a todos, devendo todas as ações e serviços públicos de saúde integrarem uma rede regionalizada e hierarquizada, descentralizada e com direção única em cada esfera de governo.
4. O financiamento do SUS é obrigação de todos os entes federados, cabendo, entretanto, à União, por determinação constitucional, transferir recursos próprios para os municípios e estados, e estes para seus municípios, sendo o critério de rateio previsto em lei (EC-29).
5. A rede SUS, por ser nacional e integrada por todos os serviços dos entes federativos, configura o que se denomina de Estado-rede, que, na expressão de [Medauar \(2003, p.99\)](#), indica o “Estado não mais como organização inteiramente hierarquizada e uniforme, mas com estrutura de rede e geometria variável conforme o tipo de atuação. Ocorre multiplicidade de Poderes Públicos, que se interconectam, sem haver necessariamente hierarquização, mas interdependência”.
6. A repartição de competências realizada pela Lei 8.080/90 (arts. 15 a 19) deve ser objeto de uma sub-repartição ou de uma definição compatível com a realidade local e regional de cada ente, cabendo à União coordenar essa subdivisão de

atribuições ou responsabilidades, que deve ser definida em consenso nos colegiados interfederativos de saúde.

7. A repartição consensual de responsabilidades precisa ser objeto de instrumentos jurídicos capazes de fixar direitos e obrigações, como os novos contratos administrativos público *versus* público (contratos que organizam a ação pública da saúde, a regionalização, as referências, o financiamento multilateral).
8. A integralidade da assistência à saúde conforma o SUS como uma rede interfederativa de saúde, uma vez que nenhum ente federado é capaz de garantir sozinho a integralidade da assistência, dependendo dos demais serviços dos entes federados, integrados em redes regionalizadas e hierarquizadas.
9. Os consensos interfederativos são talvez a única forma democrática e cooperativa de dar organicidade a um sistema de saúde que, ao mesmo tempo que é único, é, também, descentralizado e articulado, resultando num SUS nacional de conformação local, regional, estadual e federal.
10. O colegiado interfederativo deve ter normatização própria e não ficar jungido a normas operacionais. Precisa ser garantida sua institucionalidade, com fixação de sua composição e atribuição, reconhecendo-se, ainda, a legitimidade de entes como CONASS, CONASEMS e COSEMS como representantes dos entes federados nesses colegiados.
11. O colegiado interfederativo não deve ser hierarquizado, pertencendo à União (Ministério da Saúde) ou ao estado (Secretaria da Saúde), e sim ser um espaço de todos os entes interfederativos que, na rede SUS, se conectam em interdependência operativa, financeira e administrativa. Deve ter espaço próprio, autônomo, ainda que vinculado a um ente para efeitos operacionais, editando as próprias deliberações, que são os consensos.
12. O SUS deve balizar-se nos resultados qualitativos da execução de políticas de saúde – políticas estas definidas em conjunto pela União, estados, Distrito Federal e municípios a partir da situação do país –, levando em conta as diferenças regionais e estabelecendo prioridades, devendo seu financiamento ser uma consequência, e não o princípio balizador, e as negociações consensuais e não imperativas.

## REFERÊNCIAS

BERLINGUER, G. *Medicina e política*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República do Brasil*. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 55, de 20 de setembro de 2007. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 10 dez. 2007.



\_\_\_\_\_. Lei n. 1.493, de 13 de dezembro de 1951. Dispõe sobre o pagamento de auxílios e subvenções. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.??, n.??, 14 dez. 1951. Seção 3, p.018249. (não tenho esses dados. Geralmente usamos o site do senado e imprimimos a lei. Isso vale para todos os demais. O site é: [www.Senado.gov.br](http://www.Senado.gov.br))

\_\_\_\_\_. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1969. Dispunha sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Regovada pela Lei 8080/90. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L6229.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. Lei n. 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.??, n.???, 02 set. 1977. Seção 1, p. 011617.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF, 2006a. 208 p. Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea\\_miolo.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf)>. Acesso em 04 dez. 2007

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992. Edita a norma operacional básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS 01/92), conforme texto constante no ANEXO I da presente portaria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.??, n.???, 10 fev. 1992. Seção 1, p.1584. (As portarias copiamos do site do Ministério da Saúde)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria 399, de 22 de março de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.??, n.?? mar. 2006b. Seção 1, p. ???

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria 545 de 20 de maio de 1993. Aprova a norma operacional básica NOB-SUS 01/93, constante do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor. (ementa elaborada pela cdi/ms). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.??, n.???, 24 maio 1993. Seção 1, p. 6961.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria 2.203 de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível a viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.??, n.???, 06 nov. 1996. Seção 1, p. 22932.

CARVALHO, G. I. *Versos, diversos*. Campinas: Liubliú, 1997.

MEDAUAR, O. *O direito administrativo em evolução*. 2 ed. São Paulo: RT, 2003.

REPULLO, J. R.; INESTA, A. *Sistemas y servicios sanitários*. Espanha: Diaz de Santos, 2005

SANTOS, L. Saúde e meio ambiente. Competências. Intersetorialidade. *Revista de Direito do Trabalho*, São Paulo, v.31, n.120, p. 135-158, out./dez. de 2005.

\_\_\_\_\_; ANDRADE, L. O. M. *SUS: espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: Idisa: Conasems, 2007.

SCLIAR, M. *Saturno nos trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.