

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**= SUS =**

***COMPÊNDIO BÁSICO***

FEVEREIRO DE 2009

## **Sistema Único de Saúde (SUS).**

É a maior política de inclusão social do País, necessitando, para isso, da efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde das populações.

### **CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 (Princípio Constitucional da Saúde)**

A "saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (CF/88, art.196).

A Carta Política ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social fixou como seus princípios fundamentais, **a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral** além de outros, o qual destacamos, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I, c/c art. 198, III).

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implementação: **a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos.**

### **Legislação Infraconstitucional e Infralegal.**

As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes

No campo infraconstitucional, têm-se as Leis Orgânicas da Saúde:

- Lei 8080/90: regula as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país, ao fixar normas a serem cumpridas quando da elaboração da política de Recursos Humanos para o SUS, dispôs no seu art. 27 que ela será formalizada e executada articuladamente pelas diferentes esferas de governo;

- Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990: estabelece normas sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, condiciona o recebimento de recursos da União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, a existência de comissão de elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

No campo infralegal, temos as Portarias do Ministério da Saúde e as Deliberações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico-legal do Sistema.

Os serviços privados contratados de assistência à saúde participam de forma complementar ao sistema, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a quem compete elaborar regras para regular as relações entre o SUS e esses serviços, tendo em vista a sua relevância pública.

## **NOB - Norma Operacional Básica.**

Entende-se por **Norma Operacional Básica**, denominada NOB, o instrumento normativo de operacionalização dos preceitos da legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Desconcentração de Ações e Serviços de Saúde.**

É a execução de ações e a prestação de serviços de saúde de forma desconcentrada do órgão central da administração pública, como por exemplo, as diretorias regionais de saúde, ou equivalentes, dos estados e os serviços de saúde dos povos indígenas, que apesar de serem de responsabilidade da União, são organizados e executados a nível regional ou local.

### **Ações Intersetoriais de Saúde e Ações e Serviços de Saúde.**

Estas ações são planejadas e executadas por outros setores de governo, com recursos específicos e são consideradas “ações intersetoriais de saúde” (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Vetores (dengue, raiva, etc.).

O Setor Saúde não é o gestor das políticas de saneamento básico ou ambiental, mas deve participar da formulação dessas políticas, o que significa colaborar na definição das estratégias de atuação daqueles setores.

### **Descentralização dos Serviços de Saúde.**

É a transferência da gestão, da execução de ações e da prestação de serviços de saúde da União e dos estados para os municípios. É também chamada de **municipalização da saúde**.

No Plano Geral: de acordo com as **atribuições das diferentes esferas de Gestão do SUS, definidas nas Leis Orgânicas da Saúde e nas Normas Operacionais Básicas**, compete a cada uma delas contratar e manter o quadro de pessoal necessário à execução da gestão e das ações e serviços de saúde, conforme a necessidade da população e a habilitação da esfera de gestão, definida por Normas Operacionais Básicas, observadas as normas do Direito Público e Administrativo.

### **Do Controle Social da Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS.**

O Controle Social da gestão e das ações e serviços de saúde que atendem aos trabalhadores do SUS será exercido através da participação dos trabalhadores e das suas entidades (Sindicais e Conselhos de Saúde) na organização de todo o Sistema: da vigilância à Saúde do trabalhador a níveis mais complexos de assistência, participando na identificação das demandas, no planejamento, no estabelecimento de prioridades, na adoção de estratégias de enfrentamento de problemas, no acompanhamento da execução, na avaliação e no controle das ações e da aplicação de recursos.

### **Norma Operacional Básica – NOB/96.**

Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a

conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

### **Gestores do SUS.**

São os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

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.

Assim, nesta NOB **gerência** é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, **gestão** é a **atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde** (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os **fóruns de negociação**, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** – e pelos gestores estadual e municipal – a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**. Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

### **Relações entre os Sistemas Municipais.**

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atender 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 CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente.

### **Papel do Gestor Estadual.**

São identificados **quatro papéis básicos para o estado**, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais:

1. Exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual;
2. Promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral;
3. 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;
4. Ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual.

### **Papel do Gestor Federal.**

No que respeita ao gestor federal, são identificados **quatro papéis básicos**, quais sejam:

1. Exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
2. Promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
3. Fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e
4. Exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

### **Direção e articulação.**

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A **CIT** é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A **CIB**, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação 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 (**CIR**).

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

## **Recursos de Custeio da Saúde.**

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o **Teto Financeiro Global (TFG)**, cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O **Teto Financeiro Global do Município (TFGM)**, também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB – observados os limites do TFGE – e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

## **Programação Pactuada e Integrada – PPI.**

A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.

**Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.**

## **Controle, Avaliação e Auditoria.**

O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

### **Condições de gestão do Município.**

As condições de gestão, estabelecidas em NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

### **GESTÃO PLENA EM SAÚDE.**

#### **GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA e GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.**

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição de **prestadores de serviços, e não gestores**, ao Sistema Único de Saúde, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

#### **Responsabilidades.**

- Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;
- Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;
- Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;
- Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal;
- Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM;
- Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais;
- Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional;
- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

- Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS;
- Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

## **NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS-SUS 01/2001)**

### **REGIONALIZAÇÃO.**

- Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
- O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

### **Região de Saúde.**

Base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

### **DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE.**

A **Atenção de Média Complexidade – MC** – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

**A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.**

### **DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS.**

O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade.



## **RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA.**

O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros.

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

### **PACTO PELA SAÚDE (Portaria Ministerial/GMS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006)**

Definiu os Pactos e estabeleceu as prioridades:

- I – Pacto pela Vida;
- II – Pacto em Defesa do SUS;
- III – O Pacto de Gestão do SUS;

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

#### **I. Pacto pela Vida**

##### **Pressupostos:**

- Conjunto de compromissos sanitários;
- Expressos em objetivos de processos e resultados;
- Derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades de Governo;
- Ação prioritária executada com foco em resultados e explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para alcance desses resultados;

##### **Prioridades:**

- Promoção da Saúde: Elaborar e Implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Atenção Básica à Saúde: Consolidar e qualificar as estratégias da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS;
- Detalha as diretrizes, ações estratégicas, objetivos e metas das seis prioridades pactuadas.

#### **II. Pacto em Defesa do SUS**

##### **Pressupostos:**

- Desenvolver ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como Política Pública;
- Defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa Política Pública;

### **Prioridades:**

- Implementar um Projeto Permanente de Mobilização Social, enfocando:
  - Saúde como direito de cidadania;
  - O SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
  - Regulamentação da EC-29 pelo Congresso Nacional;
  - Incremento dos recursos orçamentários e financeiros para saúde;
  - Aprovação do orçamento do SUS, explicitando o compromisso das três esferas de gestão;
- Elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

## **III. Pacto de Gestão do SUS**

### **Pressupostos:**

- Estabelecer as responsabilidades de cada ente federado;
- Fortalecer a Gestão compartilhada e solidária do SUS;
- Avançar no processo de regionalização e descentralização do SUS;
- Reiterar a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação;
- Promover um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos;
- Reforçar a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas;
- Explicitar as diretrizes para o sistema de financiamento público Tripartite;

### **Prioridades:**

- Definir de forma inequívoca a Responsabilidade Sanitária de cada Instância Gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação;
- Estabelecer as Diretrizes para a Gestão do SUS, com ênfase na:
  - Descentralização
  - Regionalização
  - Financiamento
  - Programação Pactuada e Integrada
  - Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial
  - Participação e Controle Social
  - Planejamento
  - Gestão do Trabalho
  - Educação na Saúde

## MODELO OPERACIONAL SIMPLIFICADO DO SUS

