

Título del documento: A democracia no planejamento do Sistema Único de Saúde brasileiro

Documento para su presentación en el VII Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAP. (Madrid, España) del 3 al 5 de octubre de 2016.

Autor: Manoel Henrique Martins

Email: martins.admp@gmail.com

Twitter: <https://twitter.com/ManoelGestaoPub>

Resumo:

Fruto da reivindicação dos movimentos sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior esforço de organização federativa do Estado brasileiro atual e um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Objetiva prover atendimento integral à saúde de forma descentralizada, gerenciado com participação da comunidade e financiado por todos os entes federados. Tais características impõem uma prática organizativa extremamente complexa. O artigo descreve o sistema de planejamento do SUS, chamado de “pactuação”. É uma complexa metodologia de contratualização entre os municípios, estados e União para troca e complementação de serviços públicos de saúde. Através de instâncias colegiadas, com participação de gestores, representantes da comunidade e prestadores de serviço, de nível regional e nacional, o artigo conclui que a sistemática organizacional do SUS resulta na prestação de serviços públicos de saúde dentro do paradigma do Estado rede.

Palavras chave: sistema único de saúde, planejamento no sus, democracia no sus

Resumén:

Fruto de la reivindicación de los movimientos sociales, el Sistema Único de Salud (SUS) es el mayor esfuerzo de la organización federativa del estado brasileño actual y uno de los más grandes sistemas de salud pública del mundo. Tiene como

objetivo proporcionar una atención integral de la salud de una manera descentralizada, gestionada con participación de la comunidad y financiada por todas las entidades federales (estados, los municipios y la unión federativa). Estas características imponen la práctica de la organización extremadamente compleja. El artículo describe el sistema de planificación SUS, denominado "pactuación". Es una compleja metodología de contratación entre los municipios, los estados y la Unión para intercambio y complementación de los servicios de salud pública. A través de órganos colegiados, con la participación de directivos, representantes de la comunidad y proveedores de servicios, a nivel regional y nacional, el artículo concluye que el sistema organizativo del SUS resulta en la provisión de servicios de salud pública en el paradigma del estado red.

Palabras clave: sistema unico de salud, la planificación en el sistema unico de salud, democracia en el sistema unico de salud brasileño

Abstract:

Result of the demand of the social movements, the Unified Health System (SUS) is the largest effort of federative organization of current Brazilian state and one of the largest public health systems in the world. It aims to provide comprehensive health care in a decentralized manner, managed with community participation and funded by all federal entities. These characteristics impose an extremely complex organizational technique. The article describes the SUS planning system, called "covenant". It is a complex contracting methodology among municipalities, states, and Union for exchange and completion of public health services. By collegiate bodies, with the participation of managers, community representatives and service providers, regional, and national levels, the article concludes that SUS's organizational system results in the provision of public health services within the network state paradigm.

Keywords: unified health system, planning unified health system, brazilian unified health system democracy

Antecedentes

Durante a década de 80 acelerou-se a crise do modelo de saúde, por dois motivos principais: movimentos sociais, os grupos que militavam pela melhoria da saúde em bairros alcançaram e movimentos dos médicos que alcançou projeção

nacional. Além disso, houve o aprofundamento da crise econômica, o que criou dificuldades orçamentárias, conforme Paiva e Teixeira (2014, pág. 13)

A fase aguda da crise da previdência entre 1980 e 1989 tinha como razão diversos fatores, mas o ponto em comum é a crítica à priorização dos serviços privados de saúde. Diversos modelos alternativos de saúde propunham, conforme os autores de forma mais ou menos radical, uma mudança nesta integração com os serviços privados (Oliveira e Teixeira, 1998, pág. 269).

Outras expressões foram importantes para esse movimento de estatização da função saúde. Conforme Paiva e Teixeira (2014, pág. 13), na década de 1980, movimentos sociais e grupos que militavam pela melhoria da saúde em seus bairros alcançaram projeção nacional. Além destes, o movimento dos médicos também ajudou no redirecionamento da saúde pública, pois reivindicavam melhores condições de trabalho.

As sucessivas crises econômicas, cujo período mais agudo foi a década de 1980, com desemprego e inflação que provocaram queda de arrecadação tanto do orçamento fiscal quanto da previdência, da qual ainda dependia a saúde, o que fomentou análises sobre o financiamento e orçamento da saúde pública. Dessas análises, conforme Oliveira e Teixeira (1998, pág. 269) surgiram diversas propostas de modelos para a saúde, que propunham de forma mais ou menos radical mudanças na integração com serviços privados. Segundo Paiva e Teixeira (2014, pág.24), os próprios técnicos do INAMPS diminuíram as despesas com contratos privados e aumentaram as despesas com o setor público.

É deste caldo que, em 1980, começam a se propagar as ondas da universalização e da viabilidade de um sistema público completo de saúde.

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu uma gama diversificada de representantes e resultou na legitimação dos pressupostos político-ideológicos do Movimento da Reforma Sanitária, de modo que definiu os pilares sobre os quais se assentaria o Sistema Único de Saúde. A própria intensa participação social vivida na Conferência influenciou, portanto, a formulação do SUS (MARTINS et al, 2008).

Com muitos movimentos grevistas de profissionais da saúde que contavam com a simpatia da população, o bloqueio aos modelos anteriores e crise financeira do Estado, foi imposta à classe política nacional uma revisão profunda do modelo de saúde brasileiro. Revisão esta que se consolidaria na Constituição Federal de 1988.

O que é o SUS?

Definido pela Constituição Federal a República Federativa do Brasil de 1988 como conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos, da administração direta e indireta de todos os entes federados (embora a iniciativa privada possa participar de forma complementar), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem na Lei 8080 de 1990 a base de sua regulamentação, complementada por dezenas de normativas criadas e modificadas ao longo dos anos de existência.

Além disso, por determinação constitucional, o SUS deverá ser descentralizado, prover atendimento integral com prioridade preventiva, gerenciado com participação da comunidade e financiado mutuamente por todos os entes.

Neste sentido, embora diversas normas distribuam responsabilidades entre os entes federados, por se constituir um sistema **único**, o SUS é uma tentativa justamente de transpor as barreiras federativas, articulando os entes, já que a saúde pública e individual não respeitam fronteiras, limites geográficos, sociais ou psicológicos não contingenciam problemas de saúde em geral. Esta imposição da realidade leva à criação de outras normas que forcem uma sobreposição entre as funções dos diversos entes federados.

No entanto, apesar da imensa complexidade e eventuais exceções, é possível afirmar de maneira didática que, conforme os artigos 16, 17 e 18 da Lei 8080 de 1990, cabe à União a coordenação e definição de diretrizes de saúde, aos estados cabe coordenar e executar em caráter complementar o sistema de saúde, além de gerir sistemas de alta complexidade, descentralizar os serviços de saúde para os municípios além de apoiar tecnicamente e financeiramente estes, e, por fim, aos municípios caberia a execução de serviços públicos de saúde.

No entanto, de forma nem tão didática, pode-se perguntar: mas poderiam os estados ou mesmo a União executar serviços elementares de saúde? Poderiam os

municípios manter hospitais de alta complexidade? Como se verá a frente, em tese sim¹. A coordenação e planejamento, por exemplo, são realizados por todos os entes, em seus âmbitos específicos e também nos comitês intergestores, no nível estadual e federal. A execução é prioritariamente executada pelos municípios e tanto a execução quanto o planejamento suplementares ficam a cargo dos estados, mas ao longo de mais de 20 anos de regulamentações, multiplicaram-se as exceções à regra.

Para exemplificar, seguem alguns dados de julho/2016 sobre o SUS, conforme os dados do *Business Intelligence* do Ministério da Saúde: o SUS conta com mais de 293 mil estabelecimentos de saúde em todo o país e executou mais de 321 milhões de procedimentos de saúde, que podem ir de um simples curativo ou vacinação a um transplante de fígado. Considerando que o Brasil possui pouco mais de 200 milhões de habitantes, pode-se afirmar que o SUS coordenou 1,6 procedimento de saúde por brasileiro, apenas em julho de 2016.

► CNES - ESTABELECIMENTOS POR TIPO - BRASIL

Quantidade segundo Região
Período: Jul/2016

Região	Quantidade
TOTAL	293.648
1 Região Norte	14.828
2 Região Nordeste	59.639
3 Região Sudeste	134.775
4 Região Sul	60.353
5 Região Centro-Oeste	24.053

Tabela _

2

¹ Por exemplo no Parágrafo único do art. 16 da Lei 8080/1990, que possibilita à União executar diretamente serviços necessários à vigilância epidemiológica e sanitária quando as circunstâncias exigirem. Já o inciso II do artigo 18 da mesma lei ordena que os municípios participem do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada” que é atribuída ao nível estadual, pelo artigo anterior.

² Acessada em 02/09/2016 em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>

Quantidade Geral por Tipo de Gestão segundo Região
Período: Jul/2016

Região	Dupla	Estadual	Municipal	Total
TOTAL	6.461	16.319	270.868	293.648
1 Região Norte	337	1.873	12.618	14.828
2 Região Nordeste	1.295	2.092	56.252	59.639
3 Região Sudeste	1.998	3.651	129.126	134.775
4 Região Sul	2.752	3.260	54.341	60.353
5 Região Centro-Oeste	79	5.443	18.531	24.053

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Natureza Jurídica	1 Região Norte	2 Região Nordeste	3 Região Sudeste	4 Região Sul	5 Região Centro-Oeste	Total
TOTAL	14.828	59.639	134.775	60.353	24.053	293.648
1. Administração Pública	7.284	28.909	25.142	12.064	6.307	79.706
2. Entidades Empresariais	4.662	17.127	48.548	20.518	9.960	100.815
3. Entidades sem Fins Lucrativos	185	894	2.963	1.856	368	6.266
4. Pessoas Físicas	2.697	12.709	58.122	25.912	7.418	106.858
Não especificado ou ignorado	-	-	-	3	-	3

► PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - BRASIL - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd.apresentada por Complexidade segundo Região
Período: Jun/2016

Região	Atenção Básica	Média complexidade	Alta complexidade	Não se aplica	Total
TOTAL	112.208.294	125.840.685	76.747.191	6.939.963	321.736.133
1 Região Norte	10.552.453	9.046.079	1.527.463	403.140	21.529.135
2 Região Nordeste	24.096.852	28.191.813	11.436.511	1.750.821	65.475.997
3 Região Sudeste	51.976.526	62.747.796	45.700.791	3.234.198	163.659.311
4 Região Sul	18.228.184	17.896.076	13.326.949	1.147.153	50.598.362
5 Região Centro-Oeste	7.354.279	7.958.921	4.755.477	404.651	20.473.328

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Como se percebe, o SUS é um esforço colossal não só de planejamento e execução, mas também de informação, financeiro, político, entre outros. Dessa forma, para facilitar, propõe-se uma metodologia de análise.

Metodologia proposta de análise do SUS

Para exercício de análise, considera-se o SUS como uma grande organização, composto por todas as secretarias de saúde municipais, todos os hospitais, todas as secretarias estaduais de saúde, da menor unidade básica do menor município do país até o Ministério da Saúde.

Utilizar-se-á a separação da organização em três âmbitos, o estratégico, o funcional e operacional.

Mintzberg (1994, pág. 34) define estratégia como um plano, um caminho a se seguir, ou um padrão de comportamento a se manter, para alcançar determinados objetivos.

Para Maximiano (2000, pág.203) toda organização tem uma estratégia, com algum grau de explicitação. No caso do SUS, pode-se deduzir que por ser uma organização pública e brasileira, todos os seus princípios devem ser definidos em lei, por tanto, são explícitos, em função do princípio constitucional da publicidade. O autor também define o planejamento funcional como inerente aos setores ou áreas da organização e os planos operacionais como instrumentos da implementação da estratégia no dia a dia.

A tipificação de planejamentos apresentada acima é amplamente conhecida na área de administração e a maioria dos autores seguem as mesmas definições, com pequenas variações.

Aplicando tais conceitos ao SUS, pode-se dizer seu planejamento estratégico é realizado no campo institucional, para o longo prazo através do estabelecimento de normativas e diretrizes gerais de saúde, realizado tanto pela União quanto pelos estados e municípios, além de um abrangente processo de contratualização.

Já o planejamento funcional é o detalhamento do planejamento estratégico para o âmbito setorial, dos setores da organização. Comparando com uma universidade, por exemplo, os planejamentos funcionais são referentes aos setores, como setor de pessoas, setor financeiro, setor acadêmico. É um planejamento de médio prazo.

No caso do SUS, opta-se por atribuir a criação de leis orçamentárias em todos os entes numa prática de planejamento divisional, uma vez que atinge diversas suborganizações no território nacional (municípios e estados), de nível setorial (por se tratar da função saúde e suas subfunções) e tático, pois resulta em planos de médio prazo (um exercício financeiro). São planos específicos para cada ente federado, cada município, estado e a União que criam, nestes prazos, as referidas leis, assinam contratos e prestam contas.

Por fim, a área operacional é referente ao dia a dia, o funcionamento diário do SUS. São cronogramas, licitações, lançamento de produção ambulatorial, entre outras, todas operações de curto prazo, que serão brevemente descritas quando necessárias, com especial destaque ao método de gestão da produção.

Logo, seguem-se três níveis de descrição do funcionamento do SUS: o nível estratégico, o nível funcional e o nível operacional.

Nível de planejamento	Instrumentos no SUS
Estratégico	Legislação geral, Sistemática de pactuação, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, entre outros instrumentos de longo prazo.
Tático	Planejamento e funcionamento orçamentário e estabelecimento de tetos e índices de repasses financeiros, entre outros instrumentos de médio prazo.
Operacional	Produção, execução orçamentária, prestação de contas, aplicação de recursos financeiros, entre outros instrumentos de curto prazo.

Tabela 1 – Níveis e instrumentos de planejamento do SUS.

Reforça-se que tal categorização do SUS é opção metodológica deste trabalho, não sendo conhecido trabalho anterior que assim o faça, embora seja bastante comum essa categorização no âmbito da Administração.

Nível estratégico

Níveis Estratégicos de Atenção

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

Ainda, a NOB citada diferencia a responsabilidade de cada ente. Por ela, nível básico de atendimento da saúde pública fica sob responsabilidade majoritária dos municípios (pág.20) e a atenção especializada sob gestão dos estados (pág.21), não quer dizer que os estados executem diretamente os serviços de média complexidade, mas que gerenciam os recursos, de modo que haja possibilidade de repasse para município que

ofereçam serviços de média e alta complexidade. Cabe à União coordenar todo o processo, estabelecer normativas, padrões, critérios e cofinanciar todo o sistema.

Planejamento da saúde

De forma simplificada, pode-se dizer que o planejamento em saúde acontece de forma ascendente, dos municípios para os estados e dos estados para a União, e no âmbito de cada ente federado o processo de planejamento se inicia de forma mais ampla e coletiva para depois ser traduzida em termos técnicos pelas instâncias mais estritas.

Conferência de Saúde

É a instância colegiada mais alta do SUS, que reúne a cada quatro anos representantes de diversos setores da comunidade para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. É convocada nos três âmbitos por seus respectivos entes.

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

É importante destacar que a conferência federal pode contar com etapas estaduais e municipais, e as conferências estaduais podem contar com etapas municipais. No entanto, essas etapas são encontros de outra natureza em relação às conferências dos próprios entes, mas nada impede que coincidam em data.

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

O objetivo principal das conferências é avaliar as políticas de saúde e propor políticas e diretrizes de saúde, que orientam a elaboração do Plano Plurianual (esfera orçamentária) e planos de saúde no nível municipal, estadual e nacional.³

³ Como são diversos os entes federados, o documento consultado e de referência para esta descrição foi a convocação da Conferência Nacional de Saúde de 2015,

Conselho de Saúde

O SUS instalou no país, além de um sistema federativo de saúde, também uma noção específica de controle social e participação popular, em especial através dos Conselhos de Saúde, instituídos no nível municipal, estadual e federal. São órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde, compostos por membros da sociedade civil em igual número à soma dos representantes do governo, profissionais da saúde e prestadores de serviço (COELHO, 2007)

Quanto a participação popular, os conselhos são responsáveis por operar dentro do SUS em dois sentidos principais: o primeiro sentido é o de levar projetos do governo à população, informando sobre como acessar serviços de saúde e conscientizando a população sobre direitos e deveres. Num segundo sentido transmitem sugestões da população ao governo.

No entanto, é dentro do âmbito institucional que a força dos Conselhos aparece, pois há grande poder de veto em planos e na prestação de contas das secretarias de saúde. Por exemplo, se o Conselho rejeitar o plano apresentado anualmente pela Secretaria, o Ministério da Saúde não repassa parte dos recursos para à Secretaria. (COELHO, 2007)⁴

Os recursos financeiros do SUS, por exemplo, são todos movimentados sob a fiscalização do Conselho de Saúde do respectivo ente (art. 33 da Lei 8080 de 1990). Há também casos de responsabilidades específicas dos conselhos, como por exemplo a normatização sobre a dispensação de medicamentos de forma suplementar, quando não há protocolo clínico ou diretriz terapêutica (art. 19-P, inciso III da Lei 8080).

Em regra, os conselhos são criados por lei do próprio ente federado, porém com base na Lei 8142/1990.

Conforme Martins (2008), a atuação dos conselhos sofre com a indicação de membros para cadeiras de setores que não necessariamente representam tais setores, muitas vezes são pouco conhecidos da população e, mesmo que a presença quantitativa

disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/Reso_500.pdf acessada em 06/09/2016

⁴ O referido texto faz uma análise sobre o Conselho de Saúde da cidade de São Paulo, mas é possível transpor tal entendimento aos demais conselhos municipais em função do art. 4º da Lei 8142/1990.

de representantes da sociedade seja adequada, não se observa a correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo. Conforme a autora, e de maior destaque para o presente trabalho:

“Nota-se que os próprios gestores e membros dos conselhos apresentam um conhecimento insatisfatório sobre o papel e importância do mesmo. Essa realidade tem sido apontada por diversos autores como fator limitante à implantação do princípio da participação social em diversos municípios brasileiros [...] esta situação de desconhecimento de alguns membros tem sido muitas vezes utilizada por alguns gestores e autoridades públicas como pretexto para reforçar a imagem que os representantes dos usuários são técnica e socialmente despreparados para perceberem com clareza a lógica de funcionamento e as necessidades do sistema de saúde. Justificam, assim, a atuação dos gestores no controle das atividades do conselho, como a definição dos membros, a determinação das agendas do conselho, definindo quais assuntos são considerados pertinentes e relevantes, dentre outras. Como consequência, os conselhos acabam sendo interpretados como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, atendendo muito mais a uma formalidade legal do sistema do que propondo formas de alterações nas relações de poder entre sociedade e Estado (OLIVEIRA; GUSMÃO, 2004).”

Evidentemente os conselhos não são um mecanismo perfeito, mas em evolução no país, assim como as comissões intergestoras, o sistema financeiro e de execução do SUS.

Planos de Saúde

Conforme a Lei 8080 de 1990, é obrigação de cada um dos entes elaborar o Plano de Saúde para o horizonte quadrienal através de suas secretarias de saúde ou, no caso federal, Ministério da Saúde. Cabe aos gestores elaborarem o Plano e aos Conselhos de Saúde aprovarem tais planos.

O plano deve conter um diagnóstico da saúde, intenções de políticas públicas, prioridades e metas de forma detalhada.

Desse modo, o plano dará origem aos programas e projetos que serão incluídos nas peças orçamentárias do respectivo ente federado.

Comissões Intergestoras

Até o momento foi descrita brevemente a metodologia de macroplanejamento do SUS: as conferências de saúde definem diretrizes gerais de saúde, os gestores elaboram os planos e os conselhos de saúde fiscalizam a execução de tais planos, esses planos são consolidados em sentido ascendente, do município para a União.

Há ainda dois órgãos fundamentais no sistema federativo brasileiro de saúde, que são compostos pelos gestores de saúde que intermediam a relação em nível estadual e federal, são as comissões intergestoras.

As comissões intergestoras são duas: a bipartite em nível estadual, integrada pelas Secretarias Municipais de Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde do respectivo estado; e a comissão tripartite que é composta pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (NOB 1/96, pág.9).

É nas comissões intergestoras que acontece a formalização da pactuação de programas e projetos, em termos qualitativos e quantitativos de modo a permitir um planejamento tático. Por exemplo: o estabelecimento de áreas em que hospitais poderão ser definidos com especializados em oncologia ou para atendimento de vítimas de acidentes com fogo, que exigem estruturas especializadas de atendimento, ou mesmo hospitais infantis. Em geral, as comissões intergestoras decidem os aspectos de articulação do planejamento..

Pactuação Integrada

É já na transição entre o campo estratégico e o campo tático do SUS que se insere a pactuação integrada. É um amplo processo de contratualização no SUS, chamado de Programação Pactuada e Integrada (PPI). Ele acontece de forma também ascendente conforme a Portaria MS 1.097/06, estabelecendo objetivos, metas e prioridades do nível municipal para o estadual, e deste para o federal.

É importante uma breve digressão. O que seria contratualização no Brasil?

No SUS, por cultura e costume, a concepção de contratualização é ligada à contratação de serviços de saúde com prestadores da área privada.⁵ No entanto,

⁵ Um exemplo dessa utilização pode ser vista em <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Cursos/Contratualizacao-Elaine-06-03.pdf>

Alcoforado, ao se referir ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado de 1995 (PDRAE) escreve o seguinte:

“No novo modelo de Estado brasileiro, adotado com a Reforma do Estado, o instrumento mais poderoso para se trabalhar com resultados e modernizar o serviço público é o Contrato, em sentido amplo e estrito. Amplo quando compreende o acordo de vontades dos atores da Administração Pública e das instituições que representam, e estrito no sentido de se fazer os pactos, de se restringir ou focar as atividades das organizações ao previsto e acordado” (Alcoforado, 2005)

O contrato, nessa concepção, pode ser firmado entre instituições de qualquer natureza jurídica para instituir práticas de planejamento, avaliação, execução e monitoramento. É construído por um processo com três etapas: negociação, construção do instrumento e gerenciamento e o objetivo é focar nos resultados, e não nos meios (Alcoforado, 2005).

Outro termo importante para definir é o “acoplamento”, muito utilizado em engenharia de software e parece traduzir com exatidão o efeito causado pela técnica de contratualização no setor público. Acoplamento na tecnologia da informação é o grau de dependência que um módulo de um sistema tem de outro módulo, considerando que um sistema é composto por dois ou mais módulos com funções diferentes.⁶ Quanto mais acoplados são dois sistemas, maior a probabilidade de um problema em um deles causar um problema no outro. Por exemplo: suponha que um sistema de email seja composto de dois módulos: módulo “enviar” e o módulo “ler”. Se um erro no módulo “ler” causar um travamento no módulo “enviar”, concluir-se-á que o sistema está acoplado. No entanto, se um erro no módulo “ler” não causar problemas no módulo “enviar”, concluir-se-á que o sistema está desacoplado.

Para se evitar o acoplamento, criam-se interfaces entre os sistemas, protocolos bastante claros de comunicação entre os diversos módulos que estacam os eventuais problemas, de modo a isolar as responsabilidades de cada módulo, assim eventuais

Acessado em 07/09/2016.

⁶ É o mesmo sentido do dicionário Aurélio: Junção de engate ou mecanismos para produzir trabalho. União de dois circuitos, com a finalidade de transferir energia de um para outro.

problemas permanecem no módulo de origem do problema ou rapidamente são tratados adequadamente pelo segundo módulo, sem causar um problema geral no sistema.

O contrato, o pacto e termos relacionados são, aparentemente, na técnica da Reforma do Estado brasileiro, o desacoplamento de órgãos públicos, sendo o contrato a interface de comunicação uma vez que prevê os resultados e metodologia de avaliação. Em outras palavras, quando há contratualização de resultados entre um órgão principal e um órgão agente e, ao executar os trabalhos o órgão agente tem problemas em suas atividades meio, como licitações atrasadas ou desfalque de pessoas, tais problemas não deverão impactar nas atividades do órgão principal, vez que o contratado são os resultados e não as atividades meio. Tais problemas do órgão agente impactarão nas atividades do órgão principal apenas no caso do contingenciamento desse tipo de problema pelo órgão principal seja objeto do contrato.

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

Estes contratos são os chamados Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde ou os mais antigos Termos de Compromisso para Garantia de Acesso, firmados entre os entes federados, que estabelecem metas de atendimento, metas orçamentárias para que uma unidade de saúde de um ente (unidade de referência) atenda outra, há diversas cláusulas e garantias, regras de repasse financeiro e inclusive definição de comarca para resolução de eventuais conflitos.⁷

Esses contratos possuem duração variável, por isso são referidos como tanto de âmbito estratégico como tático.

Por exemplo: na região do município de Campinas os municípios pactuam com o estado de São Paulo o atendimento de especialidades e diagnósticos que não dispõem em suas redes municipais, direcionando parte destes atendimentos à Universidade **Estadual** de Campinas⁸, que mantém um hospital regional, com diversos equipamentos avançados de diagnósticos e profissionais altamente especializados, mantidos pelo

⁷ Uma minuta do Termo pode ser acessada em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/anexos/anexo4_prt2048.pdf
Acesso em 06/09/2016

⁸ Embora tenho o nome do município, a UNICAMP é estadual, em especial o seu complexo hospitalar é mantido pelo estado com finalidade de ensino e pesquisa.

governo do estado de São Paulo. Por outro lado, a Prefeitura de Campinas pode pactuar com seus municípios vizinhos, como Paulínia, por exemplo, a utilização de leitos no hospital municipal de Paulínia (Lei 1.097/06, art. 3º, § 1º).

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

Em geral, a pactuação obedece as seguintes etapas:

- a) Etapa Preliminar de Programação;
- b) Programação Municipal;
- c) Pactuação Regional; e
- d) Consolidação da PPI Estadual.

É no momento da pactuação integrada que os recursos financeiros começam a ser direcionados de forma específica para cada ente federado. A partir da consolidação das metas e prioridades no nível federal (depois da elaboração dos planos municipais e estaduais e as respectivas conferências de saúde) inicia-se o movimento contrário, do âmbito federal para o estadual e municipal, estabelecendo-se limites para repasses financeiros (tetos) e provisionando-se recursos, todos pactuados nas comissões intergestores (NOB 1/96, pág.17).

Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, e a definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da

programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios (NOB 1/96, pág.17).

Nível funcional, tático ou setorial

Noções orçamentárias

No nível federal há três orçamentos: fiscal, de investimento e da seguridade. O orçamento de investimento sintetiza o orçamento das empresas estatais não dependentes, mas controladas pela União direta ou indiretamente. Já o orçamento fiscal compreende todos os poderes e suas entidades de administração direta e indireta. O orçamento da seguridade, no contexto constitucional, é o conjunto integrado de ações do poder público e da sociedade, destinados a assegurar direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. (Constituição Federal, Art. 194)

Logo, a saúde não é gerenciada de forma isolada, mas sim dentro de um complexo de proteção social. Seu orçamento e programas são planejados de forma integrada com a previdência e assistência.

A Constituição Federal estabelece que os Planos de Desenvolvimento Econômico e Sociais devem ser elaborados em consonância com o plano plurianual (PPA). Conforme a Constituição Federal Art. 165, inciso III, § 4º:

“Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.” - CF, art. 165, III, 4º.

A peça intermediária entre os planos de longo prazo e de curto prazo é o Plano Plurianual (PPA). Elaborado no primeiro ano de mandato do agente político eleito, abrange os quatro anos posteriores e estabelece diretrizes, objetivos e metas para administração nos quatro anos posteriores, incluindo o primeiro ano do próximo governo. Em especial, define as despesas de capital (despesas não efetivas) e outras delas decorrentes para os quatro anos. Significa que o que for criado ou ampliado pelo

governo, com impactos qualitativos no patrimônio público, deverá ser especificado no PPA.

No entanto, estabelece curiosamente o art. 165 da Constituição, em seu § 4º:

“§ 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.”

Logo, a Constituição manda que os planos nacionais estejam em consonância com o de médio prazo, o PPA. Mas, como poderia um PPA de um determinado município não ser condicionado por seu Plano Diretor ou pelo Plano de Mobilidade Urbana?

Deste modo, é possível afirmar, por interpretação da Constituição, que o PPA dialoga com os planos de longo prazo, tanto condicionando-os quanto sendo condicionado.

Como técnica geral orçamentária, utiliza-se por força legal o orçamento programa. Já era estabelecido na Lei 4.320/1964 que previa o plano trienal de investimentos e definiu mecanismos para o acompanhamento de programas, mas só após a promulgação da Constituição de 1989 é que obteve mais consistente aplicação.

A LDO estabelece as metas e prioridades para o exercício a que se refere. Dá especial destaque para a análise das metas fiscais (resultado primário e nominal, endividamento público e crescimento do patrimônio público), partindo de uma análise crítica sobre a metodologia das metas fiscais estabelecidas para os anos anteriores e seu grau de atingimento. Além disso, trabalha com metas para o ano a que se refere e os dois posteriores (CF, Art. 165, § 2º).

A LDO também faz previsões gerais relacionadas aos riscos fiscais e estabelece a reserva de contingência sobre percentual da Receita Corrente Líquida, voltada para o amortecimento dos impactos inflacionários e demais riscos fiscais sobre as receitas e despesas públicas. Além de adiantar outras normas gerais, como por exemplo, regras para transferências às entidades não governamentais e previsões gerais sobre futuras renúncias de receita.

A LDO cumpre tudo que a Lei Orçamentária Anual (LOA) não pode cumprir em função do princípio constitucional da Exclusividade (CF, art. 165, § 8º). Por este princípio a LOA pode dispor exclusivamente sobre matéria orçamentária, como a fixação da despesa e previsão da receita, existindo apenas duas exceções ao princípio: a autorização de suplementação e realização de Operações de Crédito. Logo, é na LDO que todas as outras especificações e estudos ficam dispostos.

Ainda, a LDO é enviada 8,5 meses (15 de abril) antes do final do exercício para o Legislativo, e a LOA 4 meses antes do final do exercício (30 de agosto), no caso federal. Mas em muitos municípios a LDO é enviada junto com a LOA para o legislativo, em meados do segundo semestre. Isso acontece porque a Constituição Federal estabelece os prazos para a União e as Leis Orgânicas Municipais e constituições estaduais não são obrigadas a copiar exatamente estes prazos, conhecido princípio do paralelismo constitucional. Então nos municípios e estados cada caso precisa ser estudado separadamente para se estabelecer os prazos.

Este exemplo dos prazos sobre o Ciclo Orçamentário traz a tona a complexidade do sistema federativo brasileiro, que se estende para todas as áreas, assim como para a área da saúde e seu financiamento. A Constituição Federal é bastante analítica, detalhada, e assim impõe a mesma complexidade às constituições estaduais e leis orgânicas municipais.

Noções sobre o nível operacional

Finalizadas as considerações sobre o nível estratégico e tático, relativos à planejamentos e operações de longo e médio prazo, analisar-se à o funcionamento operacional, de curto e curtíssimo prazo do SUS, para entender como se dão as operações de faturamento e despesas do SUS na prática.

Cada nível de atenção, que foram explicados na primeira parte do Nível Estratégico, é desdobrado em procedimentos de saúde, remunerados conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais” conhecida “Tabela SUS”⁹. (Portaria MS 2.828/2007)

9 A tabela pode ser consultada dinamicamente no endereço <http://sigtapág.datasus.gov.br/>

Suponha que um cidadão agende uma consulta com um clínico geral em uma unidade básica de saúde em sua cidade e para realizar a diagnóstico, o médico solicite uma ultrassonografia de abdômen total. Em outra data o paciente realiza a ultrassonografia e volta a consultar o médico, de modo que seu problema seja resolvido. No âmbito operacional, tanto o médico da consulta quanto o profissional responsável pela ultrassonografia irão preencher um formulário específico para cada atividade realizada (Boletim de Produção Ambulatorial - BPA - Portaria MS 2.848/2007) com diversas informações, como nome do paciente, número do Cartão SUS, tipo de consulta, além de dados do próprio médico. Evidentemente, o layout deste formulário muda de ente federado para ente federado, mas os dados básicos são padronizados conforme a portaria mencionada ou supervenientes.

Esses dados são digitados pelo departamento responsável no ente em um sistema informatizado, chamado Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) ou no Sistemas de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS, dependendo do tipo de procedimento. O município envia estes dados de procedimentos com os respectivos códigos ao Ministério da Saúde, que calcula o valor que deverá ser repassado ao município.

■ Procedimento

Procedimento: 02.05.02.004-6 - ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL																							
Grupo:	02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica																						
Sub-Grupo:	05 - Diagnóstico por ultra-sonografia																						
Forma de Organização:	02 - Ultra-sonografias dos demais sistemas																						
Competência:	04/2016 Histórico de alterações																						
Modalidade de Atendimento:	Ambulatorial Hospitalar Hospital Dia																						
Complexidade:	Média Complexidade																						
Tipo de Financiamento:	Média e Alta Complexidade (MAC)																						
Sub-Tipo de Financiamento:																							
Instrumento de Registro:	BPA (Individualizado) AIH (Proc. Especial) APAC (Proc. Secundário)																						
Sexo:	Ambos																						
Média de Permanência:																							
Tempo de Permanência:																							
Quantidade Máxima:																							
Idade Mínima:	0 meses																						
Idade Máxima:	130 anos																						
Pontos:																							
Atributos Complementares:																							
Valores																							
Serviço Ambulatorial:	R\$ 37,95																						
Serviço Hospitalar:	R\$ 37,95																						
Total Ambulatorial:	R\$ 37,95																						
Serviço Profissional:	R\$ 0,00																						
Total Hospitalar:	R\$ 37,95																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>CID</th> <th>CBO</th> <th>Leito</th> <th>Serviço Classificação</th> <th>Habilitação</th> <th>Redes</th> <th>Origem</th> <th>Regra Condicionada</th> <th>Renases</th> <th>TUSS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="11"> <p><i>Descrição</i></p> <p>CONSISTE EM PROCEDIMENTO NÃO INVASIVO, UTILIZADO PARA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO, DIAGNÓSTICO E CARACTERIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DO FÍGADO, DA VESÍCULA BILIAR, DOS RINS, DO PÂNCREAS, DA BEXIGA, DOS GRANDES VASOS, DO RETROPERITÔNIO E, EVENTUALMENTE, DO TRATO GASTROINTESTINAL. NÃO UTILIZA NENHUM TIPO DE RADIAÇÃO E NÃO APRESENTA EFEITOS COLATERAIS. ALÉM DO JEJUM NECESSÁRIO PARA EVITAR QUE A VESÍCULA BILIAR SE ESVAZIE E PERMITA AVALIAR DE FORMA ADEQUADA ÓRGÃOS MAIS PROFUNDOS. DEVE SER REALIZADO COM A BEXIGA CHEIA PARA DESLOCAR AS ALÇAS INTESTINAIS ATUANDO COMO UMA JANELA PARA A TRANSMISSÃO DAS ONDAS ULTRASSÔNICAS, FACILITANDO A VISUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ÓRGÃOS E ESTRUTURAS DA REGIÃO ABDOMINAL.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS	<p><i>Descrição</i></p> <p>CONSISTE EM PROCEDIMENTO NÃO INVASIVO, UTILIZADO PARA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO, DIAGNÓSTICO E CARACTERIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DO FÍGADO, DA VESÍCULA BILIAR, DOS RINS, DO PÂNCREAS, DA BEXIGA, DOS GRANDES VASOS, DO RETROPERITÔNIO E, EVENTUALMENTE, DO TRATO GASTROINTESTINAL. NÃO UTILIZA NENHUM TIPO DE RADIAÇÃO E NÃO APRESENTA EFEITOS COLATERAIS. ALÉM DO JEJUM NECESSÁRIO PARA EVITAR QUE A VESÍCULA BILIAR SE ESVAZIE E PERMITA AVALIAR DE FORMA ADEQUADA ÓRGÃOS MAIS PROFUNDOS. DEVE SER REALIZADO COM A BEXIGA CHEIA PARA DESLOCAR AS ALÇAS INTESTINAIS ATUANDO COMO UMA JANELA PARA A TRANSMISSÃO DAS ONDAS ULTRASSÔNICAS, FACILITANDO A VISUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ÓRGÃOS E ESTRUTURAS DA REGIÃO ABDOMINAL.</p>										
Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS													
<p><i>Descrição</i></p> <p>CONSISTE EM PROCEDIMENTO NÃO INVASIVO, UTILIZADO PARA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO, DIAGNÓSTICO E CARACTERIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DO FÍGADO, DA VESÍCULA BILIAR, DOS RINS, DO PÂNCREAS, DA BEXIGA, DOS GRANDES VASOS, DO RETROPERITÔNIO E, EVENTUALMENTE, DO TRATO GASTROINTESTINAL. NÃO UTILIZA NENHUM TIPO DE RADIAÇÃO E NÃO APRESENTA EFEITOS COLATERAIS. ALÉM DO JEJUM NECESSÁRIO PARA EVITAR QUE A VESÍCULA BILIAR SE ESVAZIE E PERMITA AVALIAR DE FORMA ADEQUADA ÓRGÃOS MAIS PROFUNDOS. DEVE SER REALIZADO COM A BEXIGA CHEIA PARA DESLOCAR AS ALÇAS INTESTINAIS ATUANDO COMO UMA JANELA PARA A TRANSMISSÃO DAS ONDAS ULTRASSÔNICAS, FACILITANDO A VISUALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ÓRGÃOS E ESTRUTURAS DA REGIÃO ABDOMINAL.</p>																							

Consulta no dia 21/04/2016 no sistema <http://sigtapág.datasus.gov.br/>

A ultrassonografia de abdomen total, conforme destaque na imagem acima, é custeada pelo bloco de financiamento de Média e Alta Complexidade, mesmo que seja realizada em prédio municipal, com equipamentos e profissionais do município. O valor da ultrassonografia (R\$ 37,00) será repassado ao município dentro do bloco de financiamento de Média e Alta Complexidade (MAC). No entanto, há um teto geral para o município, calculado em virtude de sua classificação em termos de gestão dentro do SUS, que se atingido pelo município, não receberá por procedimentos executados além do teto.

Para exemplificar: na tabela SUS mais recente, de competência 03/2016, o código de uma consulta médica básica é 03.01.01.006-4 e o valor repassado pelo Ministério é R\$ 0,00. Isso acontece porque a consulta básica é de responsabilidade

prioritária do município, por tanto, financiada pelo próprio ou através do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), um valor *per capita* em relação à população, conforme se verá a frente. Já uma consulta médica especializada possui o código 03.01.01.007-2 e é remunerada pelo Ministério em R\$ 10,00, pois como o ultrassom, a consulta especializada não é de responsabilidade prioritária do município, mas também da União e dos estados, logo o município recebe uma “ajuda de custo”. No entanto, caso o município já tenha atingido o teto de repasses, não receberá nada pela produção marginal.

Da mesma forma, se um cidadão em férias viaja para um outro município onde se machuca e faz um procedimento simples de saúde numa unidade básica do SUS, como um curativo por exemplo, a cidade que realizou o procedimento preencherá o sistema de informação com o Cartão Sus do cidadão e aquele pequeno valor referente ao curativo será repassado a este município e deduzido do município onde reside o cidadão.

Crítica

Em tese, excluindo-se sobreposições de funções e vácuos operacionais ou administrativos, as conferências devem avaliar políticas de saúde e estabelecer diretrizes e objetivos gerais para o SUS. Com base nessas diretrizes, Planos de Saúde municipais, estaduais e o federal são elaborados pelos gestores de saúde e aprovados pelos conselhos de saúde, com a função principal de desdobrar os objetivos gerais em metas e prever recursos necessários para o atingimento de metas. As comissões intergestoras, com base no planejamento de seus entes, devem pactuar entre si o compartilhamento de recursos e o financiamento federativo. Caberia ao Conselho de Saúde, além de participar do planejamento, fiscalizar a utilização dos recursos públicos e monitorar o atingimento de metas.

No entanto, essa descrição de funcionamento do SUS é ideal, normatizada. Por isso registra-se neste trabalho a opinião de dois gestores da área da saúde na região de Campinas, como contraponto às normas.

Não se trata de uma amostra representativa dos gestores do SUS, mas apenas um balizador em relação às normas, para estimular a crítica em relação às qualidades positivas e negativas do modelo brasileiro de saúde pública.

O gestor “A” tem 25 anos na área de gestão em saúde, e o gestor “B” está há 27 anos de gestão em saúde.¹⁰ Os dois acompanharam todo o processo de estruturação do SUS e gerenciam diretamente o planejamento e operação da saúde em 5 municípios da região, além de indiretamente gerenciarem relações com diversos outros municípios.

Foram escolhidos por sua experiência e contato prático diário com o SUS.

Eles têm as seguintes opiniões:

Pergunta 1: O PPI e o Termo de Compromisso funcionam?

Gestor “A”: Não funcionam. O COAP [Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde] em si até é realizado, mas não é possível realizar transferência financeira em função do PPI de forma visível, inclusive porque os procedimentos de saúde são mais caros que a tabela SUS paga. Então você firma um contrato para ceder leitos do hospital próprio para outros municípios, mas a remuneração é exclusivamente feita pelo SUS e o valor pago pelo SUS pelo leito fica abaixo do custo operacional, então fica fictício o repasse financeiro em muitas ocasiões, então os municípios atendem pessoas de outros lugares porque a lei manda e é direito do cidadão, mas não pelo repasse financeiro em si ou por causa da pactuação. Além disso, o COAP e o PPI não são reajustados, os termos entre um município e outro são bastantes antigos. Outro problema é que fica tudo por demanda espontânea, fica só na produção. O PPI existe, é tudo negociado, mas no momento do atendimento a pessoa chega no hospital ou na unidade de saúde e precisa ser atendida, a maior parte disso é difícil de controlar, principalmente quando não se tem sistemas de informação adequados. No caso dos municípios mais pobres o PPI funciona melhor, pois qualquer vaga a mais aqui ou ali ajudam muito. No caso dos municípios maiores ou mais ricos é, no fundo, muito difícil de controlar os fluxos de cidadãos.

¹⁰ Utilizam-se tais referências e não os nomes verdadeiros porque são cargos de confiança ou comissionados em órgãos públicos ligados à municípios e ao estado. Para garantir a livre crítica e ausência de futuros constrangimentos, esse método foi escolhido.

Gestor “B”: Não existe, na prática. Você consegue contratualizar vagas entre duas entidades, mas não tem controle. Vou dar um exemplo: eu consigo para meu município no hospital da UNICAMP [hospital regional] 10 vagas em oftalmologia para tratamento de retina, 10 vagas para ortopedia, 10 vagas para oncologia, por exemplo. Dessas 10 vagas de oncologia, quando eu realmente preciso encaminhar os pacientes, tenho na verdade 2 vagas, porque as outras 8 vagas foram redirecionadas para municípios que tem mais urgência e que não foi previsto no PPI. Então num outro dia, de repente, aparecem 30 vagas para ortopedia para meus pacientes, mas no PPI estavam apenas 10, aí eu encaminho todo mundo da minha lista de espera, mas pode ser que o município ao lado fique sem vagas. Na regulação¹¹ diminuem como querem, e não sabemos porque diminuíram ou aumentaram as vagas, também não sabemos para onde vão as vagas. Nada é certo e nada é organizado. O que vale é que o pessoal da central de vagas [regulação] confiem em você como profissional, se um médico diz que é urgente o atendimento ao paciente, eles abrem uma brecha específica, mas para tudo isso tem procedimento formal e dentro da lei, mas tem município que abusa do mecanismo, então vale muito a experiência e a confiança, e isso é ruim perante a lei. Além disso a última PPI é de 2008, em alguns casos esse planejamento é reajustado, atualizado, mas não é justo. Em relação ao passado melhorou muito, porque agora os colegiados de gestores seguram, exigem explicações das centrais de vagas, acaba dando um pouco mais de transparência. É uma tentativa de organização. Mas tem outro problema, há serviços que só existem em único lugar do Brasil todo, por exemplo, alguns serviços de saúde da UNICAMP, ou do INCOR em SP, aí o Brasil inteiro é direcionado para lá conforme a demanda, não adianta pactuar nada. Um fator importante é que a composição dos usuários do SUS mudou muito nos últimos anos. Hoje 70% da população é SUS, antes era 40%. Então a pressão tem aumentado, o SUS está com dificuldades financeiras por causa disso. E plano de saúde não segura problemas caros, só os planos de saúde mais caros, que hoje saem por quase R\$ 1.500,00 para uma pessoa de 60 anos. Um plano de saúde mais barato não dá conta, aí o paciente também cai no SUS, o plano começa a driblar o paciente e o paciente acaba indo para o SUS, porque o SUS na alta complexidade tem muita qualidade, o SUS é muito melhor que a

¹¹ Regulação são órgãos públicos de saúde que contam com profissionais que regulam as vagas que são distribuídas em função do PPI e da prioridade apontada por cada município.

maioria dos planos de saúde, mas só nos procedimentos de alta complexidade. Na UNICAMP você não morre, mas com um plano de saúde “mixuruca” [barato, de má qualidade] você morre sim.

Pergunta 2: É possível utilizar os planos do SUS (Plano de Saúde, PPI, Termos e legislação) para orientar e elaborar a proposta orçamentária?

Gestor “A”: É possível sim.

Gestor “B”: É para conseguir, mas hoje os 15% constitucionais para se gastar na saúde é muito pouco. Às vezes a secretaria de saúde não quer ser ordenadora de despesa porque 15% é pouco, isso isolado os problemas para o prefeito. Se a secretaria de saúde for ordenadora de despesa com um orçamento apertado, a pressão recai sobre ela. Se ela deixa o prefeito como ordenador da despesa, aí a culpa é dele, aí vem pressão política e o prefeito aumenta o orçamento da saúde. Então respondendo a sua pergunta, consegue sim orientar o orçamento do município com os planejamentos da saúde, mas o dinheiro é sempre insuficiente, então de quê adianta? Vou dar um exemplo: o CAPS¹² do governo federal... do governo estadual não existe, não vem dinheiro por programa, só se for lá pedir... agora tem o PABinho¹³, mas é muito pouco. O CAPS vem x do governo federal, mas o CAPS custa 3x, então o município tem que cobrir. É insuficiente o dinheiro que vem, a saúde da família¹⁴ mesma coisa. Custeia 40% no máximo, aí tudo que o município faz falta dinheiro... então adianta traduzir para o orçamento?

Pergunta 3: Os planos municipais de saúde são avaliados corretamente?

12 Centro de Atendimento Psicossocial. É um programa do governo federal que o município adere e recebe recursos para manter psicólogos, psiquiatras, outros profissionais de saúde e equipamentos próprios para atendimento.

13 O Piso da Atenção Básica é um recurso repassado aos municípios pelo governo federal, mas no estado de São Paulo foi criado o PAB Estadual, chamado nos municípios de “PABinho”, porque o valor é muito baixo. Conforme notícia (<http://www.cosemssp.org.br/noticias/331/resolucao-estabelece-pab-estadual-para-municipios-paulistas.html>) e amplo conhecimento no estado, foram anos de reivindicação.

14 Programa de Saúde da Família

Gestor “A”: Avaliar não consegue, mas depende do município. E isso não depende de dinheiro apenas, mas principalmente de sistema de informação adequado.

Gestor “B”: Não, lógico que não.

Pergunta 4: O processo de Planejamento é democrático?

Gestor “A”: Não é democrático, o conselho acaba não representando a população. Na audiência ninguém participa, mas há municípios que conseguem fazer algo mais participativo.

Gestor “B”: A conferência é um instrumento bom. O restante dos instrumentos tem como participar, mas os conselheiros e a população são leigos, na hora de fechar afunila tudo para a questão técnica. No conselho o pessoal consegue fiscalizar bem o uso dos recursos públicos, mas não conseguem participar adequadamente do planejamento.

Conclusão

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um esforço colossal de organização federativa em plena evolução, não está acabado e muito menos definido. Há procedimentos administrativos modernos, em consonância com a Reforma do Aparelho do Estado no SUS, que buscam se adaptar à nova realidade administrativa do Estado brasileiro.

No entanto, a normatização do SUS cria um funcionamento ideal, mas com grandes dificuldades de implantação em aspectos administrativos, financeiros, culturais e políticos.

Essas dificuldades parecem criar um descompasso entre o que está na lei e nos planos e o que acontece no nível operacional, o que descola o nível estratégico do nível operacional.

Em administração, o conjunto de processos que geram coesão entre o que é planejado e o que é executado é o controle. E controle no SUS é tanto administrativo quanto social.

É possível afirmar, portanto, em função deste breve trabalho, que há problemas mais graves nos processos administrativos de controle do SUS e que estes devem ser melhorados. Quanto ao aspecto do controle social, há indicativos de que não são adequados e que também precisam ser melhorados.

Contudo, com todas as críticas justas que se possa fazer, não se pode deixar de reconhecer o avanço que é hoje, neste artigo, a preocupação com processos de controle administrativo e social sobre o SUS. Se a preocupação é com o controle, significa que hoje existem processos de planejamento e de execução, enquanto que do ponto de vista histórico, há menos de 4 décadas lutava-se por **algum** sistema público de saúde e contra uma ditadura militar.

Referências

ALCOFORADO, Flavio Carneiro Guedes. 2005. “Contratualização e eficiência no setor público: as organizações sociais”, X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile.

MINTZBERG, H. “Ascensão e Queda do Planejamento Estratégico”. 1994. Harvard Business Review, jan-feb.

LIMA, A. L. G. S. de & Pinto, M. M. S.: “Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde”. História, Ciências e Saúde - Manguinhos, vol. 10(3): pág. 1041.

LUZ, Madel F. “As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia”. 2014. Rio de Janeiro: Graal.

COELHO, Vera Schattan pág. “A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados”. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo , n. 78, pág. 77-92, July 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002007000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000200009>.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo; TEIXEIRA, Sônia M. F. “Planejamento e gestão em saúde”. Petrópolis: Vozes, 1998 (Cadernos de saúde 2).

OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo & TEIXEIRA, Sônia M. F. “(Im)Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil”. Petrópolis: Vozes, 1989 (Cadernos de saúde 3).

PAIVA, C. H. A. & TEIXEIRA, L. A.. “Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde”. História, Ciências, Saúde. 2014. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1 <<http://www.scielo.br/pdf/hesm/v21n1/0104-5970-hesm-21-1-00015.pdf> >

MARTINS, Poliana Cardoso et al . “Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia”. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, pág. 105-121, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100007>.

CARVALHO, Gilson. ”A saúde pública no Brasil”. *Estud. av.* [online]. 2013, vol.27, n.78 [cited 2016-04-04], ppág.7-26. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

BRASIL, Ministério da Saúde. “A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo”. 2006. Disponível em<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>

