

CONASS

para entender a gestão do SUS

2015

DIREITO À SAÚDE

Artigo

**GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS: A IMPORTÂNCIA
DA PACTUAÇÃO PARA EFETIVIDADE DO DIREITO
CONSTITUCIONAL DA SAÚDE**

© 2015 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total deste artigo, desde que citadas a fonte e a autoria.

Este artigo faz parte da publicação *Direito à Saúde*, da coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015*.

A coleção *Para Entender a Gestão do SUS – 2015* está disponível gratuitamente para *download* no site www.conass.org.br.

**Os artigos publicados traduzem a opinião dos seus autores. Sua publicação obedece ao propósito de estimular o debate e refletir as diversas opiniões e pensamentos.
Direitos de reprodução cedidos ao CONASS.**

Organização da Coleção

René Santos

Coordenação do Livro

Alethele de Oliveira Santos

Edição

Adriane Cruz

Tatiana Rosa

Revisão Ortográfica

Sem Fronteira Idiomas

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcus Carvalho

GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS: A IMPORTÂNCIA DA PACTUAÇÃO PARA EFETIVIDADE DO DIREITO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE

Ludmylla Souza de Oliveira Silva Dayrell¹

RESUMO: Desde a promulgação da Constituição de 1988, a saúde é tratada como direito fundamental que deve ser instituído por meio de políticas públicas. Entretanto, ao instituir um sistema único de saúde e estabelecer competências conjuntas a todos os Entes federados, deu-se a criação de fóruns para discussão e planejamento de políticas públicas, em regime de cooperativismo e de pactuação. Os avanços conquistados por esses espaços chamados Comissões Intergestores alcançaram seu marco em 2011, com a alteração da Lei Orgânica do SUS, incluindo a definição de suas competências e o fortalecimento de seus atores, no caso Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), conselhos representativos de estados e municípios, respectivamente. É preciso uma compreensão desses mecanismos de gestão compartilhada por parte de órgãos de controle e instâncias judiciais, posto que os atos emitidos por essas “instâncias do SUS” devem ser observados e respeitados pelos gestores, assim como o são as demais legislações e os normativos internos e externos utilizados para viabilizar a administração pública.

O fortalecimento de estados e municípios pela Constituição da República

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), ao criar o Sistema Único de Saúde, estabeleceu em seu artigo 198 que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que deve observar as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Esse modelo de rede pressupõe uma titularidade compartilhada entre todos os Entes federativos, ou seja, uma interdependência na organização dos serviços e no seu financiamento, o que obriga a uma articulação entre os gestores dos diferentes níveis de Federação para uma gestão consensual garantidora de uma política pública de saúde de qualidade.

Essa gestão compartilhada reflete uma conquista advinda do Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1970 que já previa a necessidade de fortalecimento de estados e municípios para garantia de uma interlocução qualificada com o Ministério da Saúde.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) nasceram da luta pela democratização da saúde e são, hoje, os principais órgãos colegiados de representação política de gestores do SUS, com importante papel nas instâncias deliberativas.

Contudo, foquemos na atuação em nível nacional em que temos os seguintes destaques:

O Conasems tem como eixo de ação “o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal promovendo e incentivando o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde, com caráter intersetorial, que promova equidade e participação social”.²

O CONASS, por sua vez, tem como missão promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas.³

Entre as representações exercidas pelos citados conselhos, estão o Conselho Nacional de Saúde, reconhecida esfera de participação da comunidade na construção de políticas públicas de

1 Assessora Jurídica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Especialista em Direito Sanitário, graduada em Direito. Rua Barão de Camargos 367/101, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ludmylla.souza@saude.mg.gov.br.

2 CONASS, 2011, p. 40.

3 CONASS. Portal – disponível em: <<http://www.conass.org.br/>>. Acesso em: 6 nov. 2014.

saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite, esta última com reconhecimento legal recente, por meio de alterações promovidas na Lei Orgânica do SUS⁴.

As Comissões Intergestores

Previstas como instâncias de pactuação no SUS e responsáveis pelo planejamento integrado na gestão descentralizada da saúde, temos as Comissões Intergestores, que estimulam o debate e a negociação em todas as esferas de governo.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada, paritariamente, por membros do Ministério da Saúde, dos estados, indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e dos municípios, indicados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Também com composição paritária, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é composta por membros da Secretaria de Estado de Saúde, bem como por gestores municipais, indicados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado.

É importante mencionar a existência de Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores de Regiões de Saúde Ampliadas (Cira) – como são nomeadas em alguns estados –, que são compostas por representantes do estado e dos municípios integrantes de região de saúde específica.

A atuação dessas instâncias é interligada, objetivando a construção do SUS a partir das necessidades assistenciais identificadas em loco pelos municípios, condizentes com as diretrizes anteriormente estabelecidas por lei, ou seja, as propostas levantadas nas CIR ou Cira necessitam de pactuação na CIB, quando atingirem território maior que a região e, por vezes, podem, conforme a pauta, requerer conseqüente homologação pela CIT, a exemplo dos casos de utilização de recursos federais. As reuniões ocorrem mensalmente, também respeitando essa ordem de pactuação.⁵

Consideradas como espaços intergovernamentais de planejamento, negociação e implementação das políticas públicas de saúde, as Comissões Intergestores tiveram como marco normativo a Portaria GM/MS n. 545 de 20 de maio de 1993, que aprovou a Norma Operacional Básica – SUS 01/1993 e, em seu capítulo sobre gerenciamento do processo de descentralização, tratava as Comissões Intergestores como fóruns de deliberação e negociação do planejamento integrado em cada esfera de governo.

O Pacto pela Saúde de 2006 veio reforçar o papel das Comissões Intergestores como fóruns importantes de articulação entre os gestores para pactuação sobre a organização, direção e gestão da saúde, mas o reconhecimento por lei da legitimidade de atuação e importância desses fóruns de negociação e pactuação só aconteceu em 2011 com a publicação da Lei Federal n. 12.466 de 24 de agosto de 2011, que incluiu o art. 14-A na Lei Federal n. 8.080/1990.

Segundo o citado artigo, a atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite tem por objetivo:

I – decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II – definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos Entes federados;

III – fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os Entes federados (Lei n. 12.466 de 24 de agosto de 2011, DOU de 25 de agosto de 2011).

4 Lei Federal n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, art. 14-A, incluído pela Lei Federal n. 12.466 de 24 de agosto de 2011.

5 CIR/Cira antecedem a CIB estadual que, por sua vez, deve anteceder a CIT.

Estes dizeres representam muitos avanços no processo de integração entre os serviços de saúde disponibilizados pelos Entes federativos e visam à integralidade da assistência, além do fortalecimento do SUS, na medida em que demonstram o envolvimento de muitos atores no processo de planejamento e gestão.

A professora Lenir Santos (2012, p. 234)⁶ destaca as principais mudanças trazidas pela Lei n. 12.466/2011:

1. A CIT, CIB e CIR passam a ser reconhecidas como instâncias de decisão do SUS, e não do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde. Passa-se a falar em instância do SUS, e não em fóruns de um ou outro Ente federado; [...]
3. As decisões publicadas no diário oficial passam a ter validade jurídica ante o reconhecimento legal, desde que não ultrapassem o seu campo de competência;
4. O CONASS e o Conasems passam a ser oficializados no sentido de seu reconhecimento legal como associações representantes dos estados e municípios no setor saúde, tanto que passam a poder receber recursos orçamentários da União para o custeio de suas atividades estatutárias; [...]

Nesse sentido, os mencionados fóruns passaram a ter, além da legitimidade, a legalidade, para decidir e emitir Atos Administrativos que devem ser observados por todos os gestores na execução das políticas públicas de saúde, mas principalmente pelos órgãos de controle interno e externo.

Dos atos normativos emitidos pelas Comissões Intergestores

Das pactuações realizadas nas Comissões Intergestores são emitidas deliberações, traduzidas em portarias e resoluções que, como mencionado anteriormente, podem tratar de diretrizes sobre a organização das redes de ações e serviços de saúde, a integração dessas ações e serviços em determinadas regiões de saúde e, ainda, decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS.

Instrumentos como este são considerados Atos Administrativos desde que observados os institutos da perfeição, validade e eficácia. Andrade (2012, p. 94) leciona:

- a) Perfeição: é a situação do ato cujo processo está concluído. Ato perfeito é o que complementou o ciclo necessário à sua formação [...]
- b) Validade: adequação do ato às exigências legais [...]
- c) Eficácia: situação em que o ato está disponível para produção de efeitos.

Constantes esses atributos, o Ato torna-se exigível, devendo ser respeitado pelo gestor de saúde da região, sob pena de apuração das devidas responsabilidades administrativas ou criminais, nos termos da legislação vigente.

No caso das políticas públicas de saúde, a emissão desses Atos ainda tem de observar normativos específicos de planejamento, que por sua vez devem ser amparados por dados oficiais e estudos técnicos e assistenciais específicos da região.

O art. 36 da Lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990) prevê um planejamento do SUS de forma ascendente e compatível com as necessidades da região:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

6 Em artigo “Direito Sanitário: oportuna discussão”, Coletânea de textos do blogue “Direito Sanitário: saúde e cidadania”. 1.ed. Brasília: Anvisa, Conasems, CONASS, 2012. p. 234.

Nessa seara, condicionantes de ordem política, social, econômica e técnico-científica estão intrinsecamente relacionadas à elaboração de políticas e à prestação de serviços públicos de saúde. Em outras palavras, as políticas públicas precisam refletir a realidade de parcelas cada vez mais específicas da população, pois, caso contrário, poderá haver a inexistência de políticas adequadas e, conseqüentemente, a degeneração do direito à saúde positivado na CF de 1988.

Faria (2002, p. 273) destaca que direitos sociais necessitam de políticas e programas especialmente formulados, implementados e executados com o objetivo de concretizar esses direitos e atender às expectativas por eles geradas com sua positivação. A inexistência dessas políticas e desses programas, é evidente, acaba implicando automaticamente a denegação desses direitos.

O descumprimento dos atos administrativos por parte dos gestores, seja intencionalmente ou por imposição de terceiros, também prejudica a execução adequada da política pública e contribui com o enfraquecimento do direito pretendido. É o que se vislumbra no fenômeno Judicialização da Saúde.

Ao determinar a compra de medicamentos ou procedimentos que não pertencem às relações previamente estabelecidas, o Judiciário, ou mesmo o Ministério Público, compromete toda a logística de funcionamento do SUS, na medida em que enfraquece as decisões tomadas pelos fóruns deliberativos e interfere diretamente na execução das políticas públicas, construídas em consenso pelos Entes federados da região, com base em planejamentos árduos e em diretrizes legais, como por exemplo a diretriz constitucional do atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas.

A judicialização das políticas de saúde reflete um conflito entre as necessidades individuais e coletivas, na garantia de um direito complexo, como é o caso da saúde. Esse conflito precisa ser diariamente discutido entre políticos, juristas e sanitaristas, com o objetivo de evoluir para uma prestação de serviços de saúde com qualidade e satisfação.

Da transparência à Estrutura Organizativa do SUS

Não se pode esquecer do Decreto Federal n. 7.508 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica do SUS, com a finalidade de garantir mais transparência à estrutura organizativa do SUS e segurança jurídica na fixação de responsabilidades dos Entes federados.

O decreto organiza as relações interfederativas, mediante a consagração dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite e regional, nos quais as decisões são consensuais em razão do compartilhamento da gestão, e define, ainda, as portas de entrada do sistema de saúde, dispondo sobre a hierarquização da complexidade dos seus serviços, a integralidade da assistência, a assistência farmacêutica, metas de desempenho e sua avaliação mediante indicadores de saúde (SANTOS, 2012).

Este normativo facilitará a compreensão do cidadão no que tange às ações e aos serviços ofertados na região, bem como trará maior esclarecimento do Judiciário e do Ministério Público a respeito das responsabilidades de cada Ente federado nas Redes de Atenção à Saúde, abarcando a divisão de competências e atribuições.⁷

Conclusão

Ao estabelecer, em seu art. 198, responsabilidades conjuntas entre todos os Entes da Federação e instituir um sistema único, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) pressupõe uma integração cooperativa entre todos os Entes federativos para sua viabilização.

Isto posto, é irrevogável a necessidade de solidariedade entre União, estados e municípios na construção da saúde pública no Brasil:

É da competência solidária entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios a responsabilidade pela prestação do serviço de saúde à população, sendo o Sistema Único de Saúde composto pelos referidos Entes, conforme pode se depreender do disposto nos arts. 196 e 198, parágrafo 1º, da Constituição Federal. (STJ – REsp 773657-RS)

7 SANTOS, Lenir. Lei n. 8.080/1990 é regulamentada 21 anos depois: Decreto n. 7.508/2011. In: OLIVEIRA, Neilton Araujo de. Direito Sanitário: oportuna discussão. Coletânea de textos do blogue "Direito Sanitário: saúde e cidadania". 1.ed. Brasília: Anvisa, Conasems, CONASS, 2012.

Com base nessas definições, foram criados fóruns de discussão entre representantes dos Entes federados que viabilizassem a construção de políticas públicas, a reflexo das necessidades locais da população, as chamadas Comissões Intergestores.

Como um avanço democrático, também foram criados Conselhos Nacionais para representação de estados e municípios junto ao Ministério da Saúde e às mencionadas comissões, como forma de fortalecê-los no que diz respeito às decisões de consenso.

Muitos avanços foram identificados no decorrer desses 26 anos de SUS, mas apenas em 2011, com a inclusão na Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990) do art. 14-A, é que o papel decisório das CIB e da CIT foi reconhecido, com a possibilidade de emissão de atos específicos acerca de políticas públicas, serviços de saúde e seus financiamentos.

O fenômeno Judicialização interfere nesse processo decisório, gerando conflito direto entre direito à saúde individual e coletivo, o que ainda está longe de pacificação.

Entretanto, medidas relativas à transparência das ações administrativas, bem como a interlocução com órgãos como o Judiciário e o Ministério Público podem diminuir os atritos e contribuir para uma gestão mais qualificada, fazendo-os compreender a logística de funcionamento do SUS, pois é preciso fortalecer cada dia mais o cooperativismo da gestão e a participação da comunidade na elaboração das políticas públicas, consideradas vitórias democráticas viabilizadas pela Constituinte, em resposta ao Movimento Sanitário de fortalecimento de um Sistema Único de Saúde.

Referências

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário** – A proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALVES, Sandra Mara Campos; DELDUQUE, Maria Célia; DINO NETO, Nicolao. **Direito Sanitário em perspectiva**. Brasília: ESMPU, Fiocruz, 2013.

ANDRADE, Flávia Cristina Moura de. **Direito Administrativo**. 6.ed. Niterói, RJ: Impetus, 2012.

BRASIL. Constituição Federal Brasileira de 1988. Institui o Estado Democrático. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

_____. Decreto Federal n. 7.508 de 28 de junho de 2001. Regulamenta a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de junho de 2011.

_____. Lei Federal n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei Federal n. 8.142 de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de setembro de 1990.

_____. Portaria GM/MS n. 545 de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) 01/1993. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de maio de 1993.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para entender a gestão do SUS. v.1. Brasília: CONASS, 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatin, 2010.

FARIA, J. E. Estado, Sociedade e Direito. In: **Qual o futuro dos direitos?** Estado, mercado e justiça na reestruturação capitalista. São Paulo: Max Limonad, 2002, p. 273.

OLIVEIRA, Neilton Araujo de. **Direito sanitário**: oportuna discussão, Coletânea de textos do *blog* "Direito Sanitário: saúde e cidadania". 1.ed. Brasília: Anvisa, Conasems, CONASS, 2012.

MINAS GERAIS. Governo do estado. Gestão do SUS. **Programa Mineiro de Empreendedorismo e Gestão para resultados municipais**. Belo Horizonte: 2013.

PRADO, Luís André. **SUS e Cosems/SP** – 25 anos. Da Constituinte de 1988 ao Decreto n. 7.508/2011. São Paulo, 2013.

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar n. 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.