

A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL PREVISTO NA CONSTITUIÇÃO DE 1988 E OS DESAFIOS DOS GESTORES PÚBLICOS NA HUMANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

Patrícia Messa Urrutigaray

Tiago Toniêto

Resumo: Este trabalho tem como objetivo apresentar o embasamento legal que faz do direito à saúde um direito fundamental previsto na Constituição Federal além de apresentar alguns dos desafios dos gestores públicos na humanização e qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS, isto porque a Carta Magna prevê, entre outros, que o acesso à saúde é direito de todos e dever do Estado. Esta afirmação de conteúdo jurídico bastante abrangente acaba interferindo no planejamento de políticas públicas dificultando de um lado a gestão pública – no que tange à oferta de saúde de qualidade – e de outro lado resultando em inúmeras demandas judiciais. Na intenção de resolver estes e outros problemas foram editadas diversas leis a exemplo da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 também chamada Lei Orgânica da Saúde. Além disso, por força do Decreto 7.508/2011, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar suas ações e serviços inerentes ao SUS, por meio da formalização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP. Entre as medidas adotadas estão a instituição das Comissões Intergestoras, as quais pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Na prática, estas medidas tem auxiliado o Ente Público na tomada de decisões, no planejamento e, principalmente na resolutividade dos problemas que diariamente se apresentam na área da saúde pública.

Palavras-chave: Constituição Federal, Saúde, Sistema Único de Saúde

Abstract: This work aims to present the legal foundation to make the right to health a fundamental right provided in the Federal Constitution as well as presenting some of the challenges of public managers in the qualifying humanization of the Unified Health System - SUS, this because the Constitution provides, among others, that

access to health is everyone's right and duty of the State. This very comprehensive legal content of statement just interfering in public policy planning difficult on the one hand the public administration - with regard to quality health provision - and on the other hand resulting in numerous lawsuits. In an attempt to solve these and other problems were issued several laws such as the Federal Law No. 8,080, of September 19, 1990 also called Organic Health Law. In addition, under Decree 7,508 / 2011, the Union, states, the Federal District and the municipalities should organize their activities and services inherent to SUS, through the formalization of the Organisational Contract of the Public Health Action - COAP. Among the measures taken are the establishment of management commissions, which pactuarão the organization and operation of actions and health services integrated into health care networks. In practice, these measures have helped the Public Ente in decision-making, planning and especially in solving the problems that arise in daily public health.

Keywords: Federal Constitution, Health, Health System

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objetivo do presente artigo é refletir acerca do direito fundamental à saúde previsto na Constituição de 1988, bem como analisar qual o papel da União, Estado e dos Municípios no que tange aos desafios enfrentados pelos Entes Públicos para ofertar saúde humanizada e de qualidade aos cidadãos brasileiros.

Estes desafios exigem que a Administração Pública instrumentalize políticas públicas, no sentido de planejamentos pontuais e previsões mínimas inerentes às demandas de cada ente federativo, sob pena de comprometimento do orçamento e de desequilíbrio financeiro.

Além disso, uma vez que as ações em saúde devem ser planejadas e hierarquizadas surgiram alternativas a exemplo da Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 também chamada Lei Orgânica da Saúde e do Decreto n.º 7.508/2011, que institui os Contratos Organizativos das Ações Públicas da Saúde – COAP tudo com o intuito de ser atendido o preconizado pela Constituição Federal, qual seja, que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso à saúde.

1 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 foram impostas, aos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), diversas obrigações no que tange à efetivação dos direitos e garantias fundamentais da população. Estes direitos estão positivados no texto constitucional e devem ser compreendidos

[...] como o conjunto de normas que cuidam dos direitos e liberdades garantidos institucionalmente pelo direito positivo de determinado Estado; devem sua denominação ao caráter básico e fundamentador de toda ordem jurídica, com limitação espacial e temporal. (CURY, 2005, p. 01)

Os direitos sociais, os direitos políticos e o direito à nacionalidade constituem o rol de direitos e garantias fundamentais da pessoa humana, cuja efetivação prática exige, por força legal, um atuar positivo dos entes federados, no sentido de traçar metas, ações e objetivos, por meio de políticas públicas, que coloquem ao alcance de todos os benefícios decorrentes da existência desses direitos. A saúde não poderia estar desagregada desse contexto, pois é condição para a dignidade do ser humano, sendo que a sua ausência gera sofrimento e a presença do sofrimento, por sua vez, a falta de dignidade.

A saúde como um direito fundamental do cidadão decorre de um processo histórico, que ganha importância e positivação em documentos jurídicos na esfera internacional de forma expressa, ou, implícita e indiretamente por meio do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, tendo em vista que o respeito a esse princípio depende também de mecanismos para prevenir e erradicar doenças quando estas se manifestam.

A promoção pelo direito à saúde encontra-se prevista na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 (SEITENFUS, 2004, p. 250 e 253) e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais de 1976, sendo o Brasil um dos seus signatários. Desse modo o legislador constituinte de 1988 dispôs:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O artigo citado possui conteúdo jurídico bastante abrangente, interferindo diretamente no planejamento dos entes públicos, já que a não realização de políticas públicas no sentido de fornecer tratamentos de saúde, abrangendo, por exemplo, os medicamentos, bem como amenizar a proliferação de doenças ou o surgimento de novas doenças, faz surgir um conflito social que, em muitos casos, requer a interferência do Poder Judiciário para solucionar o impasse existente entre as partes.

É para evitar esse tipo de problema, e a rotineira discussão de que o princípio da independência entre os poderes (art. 2º, CR/1988) deve prevalecer no julgamento das ações judiciais na área da saúde, cuja tese é de que o Judiciário não pode impor decisões que alterem o planejamento orçamentário traçado pelo Poder Executivo, que impera a importância de estabelecer metas compartilhadas entre os entes federados, para a realização dos serviços de saúde.

O próprio texto constitucional, visando à imposição de responsabilidades compartilhadas entre a União, os Estados e os Municípios, no que tange à execução das políticas públicas na área da saúde, dispõe que essas ações e serviços formam uma *rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único* (art. 198, caput, CR/1988) o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é regido pelas seguintes diretrizes: a) *descentralização, com direção única em cada esfera de governo*; b) *atendimento integral*; e c) *participação da comunidade* nas estratégias dos serviços de prevenção e erradicação de doenças.

1.1 O Papel do Sistema Único de Saúde – SUS

O SUS é composto pela rede pública de saúde e pela rede privada, pois a *assistência à saúde é livre à iniciativa privada*, admitindo-se a participação das instituições privadas, preferencialmente as de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, na prestação dos serviços públicos de saúde, apenas de forma complementar, desde que observadas as regras previstas na Lei Federal n.º 8.666/1939 (Lei de Licitações e contratos administrativos) e as disposições regradas

pelos órgãos encarregados da regulamentação e fiscalização desses serviços em âmbito nacional. Sobre esse ponto, importante referir os esclarecimentos de Schwartz (2001, p. 192):

há a rede pública de saúde e a rede privada (por contratação ou convênio). Ambas as redes formam uma rede regional (para que sejam respeitadas as particularidades locais) e hierárquica, que devem estrita observância aos princípios do SUS (integralidade, igualdade e participação da comunidade). Daí surge um Sistema único de Saúde. Portanto, existe um único sistema de saúde, mesmo que composto por sistemas de natureza jurídica diferenciada, visto que todos estão subordinados aos mesmos princípios. (SCHWARTZ, 2001, p. 192):

A Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada Lei Orgânica da Saúde, trata da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde, bem como das competências para elaborar e executar as ações e serviços desenvolvidos pelos entes da Administração Pública e privados. Reconhece, também, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, destacando caber ao Estado implantar as condições indispensáveis ao seu inteiro exercício (art. 2º, *caput*). Esse ato normativo traça as competências da União, do Estado e dos Municípios no âmbito do SUS, nos artigos 16 a 19.

Importante esclarecer, que o processo de articulação da organização, gestão e responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS ocorre em duas instâncias de pactuação: a primeira na esfera nacional, pela Comissão Intergestores e Tripartite (CIT); e a segunda na esfera estadual, pela Comissão Intergestores e Bipartite – CIB/RS. As ações estratégicas de organização do SUS e a articulação interfederativa encontram-se disciplinadas no Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080/1990.

Esse Decreto contextualiza o modelo de sistema de saúde brasileiro e especifica o procedimento para a instituição das *regiões de saúde* e a *hierarquização* no que tange às ações e aos tipos de serviços, caracterizados como *Portas de Entrada* nas Redes de Atenção à Saúde (art. 9º), que deverão ser prestados pelos Municípios e financiados conjuntamente pela União e Estados. Assim, reestruturou-se a forma de como devem ser desenvolvidas e executadas as políticas públicas de efetivação do direito à saúde por meio do SUS, conforme será analisado.

A Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, solidifica a importância da participação da sociedade civil no SUS, bem como apresenta os requisitos e as exigências para o repasse de recursos, fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde aos demais entes federados, nos seguintes termos:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Entende-se que a Lei n.º 8.142/1990 estabelece os requisitos principais para o planejamento e o desenvolvimento das ações básicas na área da saúde, a fim de controle específico no que se refere ao direcionamento dos recursos e, principalmente, a aplicação destes na promoção, recuperação e proteção da saúde da população, seguida da prestação de contas aos órgãos de fiscalização e ao ente repassador.

Sobre o Plano de Carreira, Cargos e Salários dos Servidores da Saúde, a exigência foi relativizada em decorrência da Medida Cautelar concedida parcialmente, pelo Supremo Tribunal Federal, na Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 2135-4 (publicada no Diário Oficial da União de 14.8.2007), suspendendo os efeitos do art. 39, *caput*, da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional n.º 19/1998, voltando a vigorar a redação no anterior, a saber: “Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas.”

A Constituição do Estado do Rio Grande do Sul prevê as diretrizes e responsabilidades dos entes estadual e municipal referentes às ações e serviços

públicos de saúde, no âmbito do SUS (artigos 241 a 246). Ao dispor que a saúde é direito da população que deve ser assegurado pelo Poder Público especifica as atribuições do Estado na promoção, recuperação e proteção da saúde pública, inclusive sobre o repasse de recursos aos Municípios, a título de cofinanciamento, bem como da viabilidade de conceder incentivos a empresas privadas sem fins lucrativos atuantes nessa área.

Marco importante na regulamentação das políticas públicas de saúde é a edição da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional n.º 29/2000, dispondo sobre a aplicação a porcentagem mínima de recursos a serem investidos pelos diversos entes federados na área da saúde e o rol, exemplificativo, de ações consideradas como despesas na área da saúde.

Exposto o fundamento constitucional do direito à saúde e as normas principais que regem a rede pública de saúde, ressaltando que os atos normativos editados pelo Ministério da Saúde e pela Comissão Intergestora e Bipartite – CIB/RS - serão mencionados em momento oportuno, é importante contextualizar os princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS.

1.2 Princípios e objetivos

Com relação aos princípios e diretrizes que regulamentam o SUS, previstos no artigo 7º e seus incisos da Lei n.º 8.080/1990, instituídos em conformidade com o disposto no artigo 198 da atual Constituição brasileira, três deles serão enfatizados pela importância que possuem na ordem jurídica e correlação com o tema desse trabalho, quais sejam: princípio da universalidade, da igualdade e da descentralização político-administrativa.

O primeiro (*princípio da universalidade*) refere que as ações e os serviços públicos exercidos pelo SUS devem beneficiar a todos, independentemente de condições financeiras, raça, cor, sexo, ou qualquer outro atributo. Esses serviços se encontram em conexão com a classificação subjetiva do direito à saúde. Nas palavras de Weichert (2004, p. 158), as ações tanto no aspecto de prevenir quanto no de curar, “devem ser concebidas como de livre acesso e desenvolvidas para toda

a população, salvo, obviamente, quando destinadas, a um determinado grupo social em função de patologias específicas.”

O segundo (*princípio da igualdade*), seu conteúdo está vinculado com o acesso universal ao SUS, no sentido de que o que for proporcionado para um, deve ser ao mesmo tempo concedido ao outro; não pode haver escolhas pelo sistema uma vez que o referido procedimento seria trágico, pois se estaria sacrificando o direito de um em benefício do outro, o que acarretaria violação ao princípio em questão e, principalmente, o da dignidade da pessoa humana. Porém, se observa que, na prática, não lhe é assegurado o devido respeito, então vejamos:

Conflita, pois, com o princípio da igualdade de assistência a utilização de estruturas públicas de saúde (hospitais, clínicas, postos) para o atendimento oneroso de pacientes privados com tratamento diferenciado. É o fenômeno da *dupla porta*, que propicia, a esses pacientes, atendimento imediato, sem filas e em quartos individuais, enquanto o cidadão que não tem condições de pagar pelo atendimento privado se submete a longa espera pelo mesmo tratamento, que será realizado em enfermaria com precário conforto. Assim, com base na condição econômica do paciente lhe é dado atendimento privilegiado. Nem se sustente que tal atendimento é possível por ser realizado à margem do SUS, pois, nos termos do artigo 4º da Lei nº 8.080/90, todos os serviços públicos de saúde integram necessariamente o sistema. Ou seja, em sendo um hospital público municipal, estadual ou federal, todo o atendimento realizado se submete aos ditames constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde, inclusive o da igualdade. Causa realmente espécie notar que um país tão carente de serviços de saúde para a população pobre possa se dar ao luxo de destinar leitos e equipamentos públicos para pacientes privados. Essa prática, portanto, é flagrantemente inconstitucional e não pode ser tolerada sob o falacioso argumento de que os rendimentos gerados por esses atendimentos revertem a favor dos pacientes do sistema público. (WEICHERT, 2004, p. 158)

Não se nega que o sistema em si possui falhas a serem corrigidas. Para tanto é necessária a implantação de técnicas de gestão pela Administração Pública aliado ao rigoroso controle de aplicação dos recursos que serão destinados às políticas públicas na área da saúde.

Deve-se também conhecer a realidade local para traçar um plano de trabalho com vistas a sanar, em curto prazo, as necessidades mais urgentes da população. Este plano pode envolver a compra de medicamentos, a construção de infraestrutura para atendimentos e até mesmo a contratação de profissionais.

O terceiro (*princípio da descentralização político-administrativa*) trata da atribuição de responsabilidades pela execução das ações e serviços de saúde para

os demais entes, sendo a direção do SUS exercida de forma uníssona em cada esfera de governo, nos termos do art. 198, inciso I, da CF/1988, exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; e, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgão equivalente. Nesse processo vislumbra-se a descentralização, pela qual

o SUS remete a execução das ações e serviços públicos de saúde para os entes locais, que, próximos da população, possuem a melhor condição de avaliar as necessidades mais prementes e desenvolver as condutas mais eficazes de prevenção e tratamento. (WEICHERT, 2004, p. 166)

A Lei Orgânica da Saúde prevê a possibilidade de a direção estadual do SUS delegar ao Município a concretização dos serviços e das ações de saúde. Ao optar pela municipalização, como ocorreu no Estado do Rio Grande do Sul (art. 241, *caput*, da Constituição gaúcha). Dessa forma, nosso estado não poderá mais decidir sobre o planejamento do sistema, bem como passará a colaborar técnica e financeiramente com os entes públicos locais.

Outro ponto a destacar, e de considerado apreço na promoção e recuperação da saúde da população, é a regra explícita no artigo 43 da Lei Federal n.º 8.080/1990, que prevê a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre a gratuidade das ações e dos serviços de saúde a serem prestados Poder Público. No entendimento de Weichert (2004, p. 161 a 163), inexistente extensão ideal na estrutura do Estado social brasileiro para cobrar donativos pelos serviços estatais na área sanitária, propiciados à população, em razão dos seguintes motivos:

Primeiro, pelo próprio conteúdo da universalidade, que conduz ao dever do Estado de cuidar da saúde de todos os cidadãos indistintamente [...]. A cobrança implicaria, assim, em novamente se restringir os serviços a determinada parcela da população (aquela que tem condições de contribuir) e, com isso, afastar-se-ia a universalidade. Vale dizer, os conceitos de universalidade e onerosidade são auto-excludentes. [...] Segundo, pela atuação estatal de promoção da saúde ser um serviço público genérico e indivisível, incompatível com a cobrança de taxas (artigo 145, inciso II, da Constituição) e, muito menos, de preço público (pois essa espécie de cobrança traz subjacente o conceito de serviço estatal prestado com fins de lucro e com natureza contraprestacional). [...] Terceiro, pela condição social da população brasileira, esmagada pela pobreza (basta examinar os níveis de distribuição de renda), que reduziria a possibilidade de cobrança – sem supressão das condições mínimas de sobrevivência – a um percentual mínimo do povo.

Por tais fundamentos, a hipótese de o município que procura a rede pública de saúde participar financeiramente, no sentido de o Município oferecer um tipo de “auxílio saúde”, que consiste numa espécie de contrapartida que o Poder Público fornece à pessoa nas despesas com o tratamento ou com a consulta, é ilegal. Sobre a matéria o Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul (TCE/RS) opinou no sentido de o “Auxílio Saúde” criado pelo Município fere os princípios da universalidade e da igualdade, que são basilares na estruturação e prestação dos serviços de saúde, conforme trecho do relatório a seguir descrito:

[...] A lei municipal que instituiu o Auxílio Saúde - Lei nº 1.769/05 - ofende os princípios constitucionais da universalidade e igualdade no acesso à saúde, por não conformar-se às normas do SUS e por estabelecer critérios de renda para a concessão dos auxílios. Tais auxílios serviram para pagamentos a consultas e exames particulares, desatendendo o art. 198 da CF e a Lei nº 8.080/90, que preveem o encaminhamento por intermédio de rede regionalizada e hierarquizada, da qual o Município faz parte. Ainda, tais encaminhamentos a atendimentos particulares se deram sem o devido encaminhamento formal, com cobrança fora das normas do SUS. [...]

Sobre os principais objetivos e as diretrizes do SUS cumpre referir: a) os serviços devem ser prestados na sua integralidade, abrangendo as diversas concepções do processo saúde/doença e as formas de atuação sobre as diversas fases de processo; b) estruturação no atendimento à população de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; c) publicidade das informações quanto aos serviços executados na rede pública de saúde e mobilização do usuário para usufruí-los; d) possibilidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e) participação da comunidade na formulação das políticas públicas de prevenção, proteção e recuperação da saúde; e, f) reconhecer e dar publicidade dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (artigos 5º e 7º, da Lei n.º 8.080).

Atualmente se discute a ideia de equidade na política de atendimento do SUS, a fim de contrapor a abrangência dos princípios da universalidade e da igualdade. Aquele princípio tem por meta a fixação de critérios no atendimento da população, considerando as condições sociais, de gravidade da doença, da localização geográfica do paciente/SUS, da execução de políticas de proteção e recuperação da saúde, da idade, da existência de profissionais, dentre outros fatores que possam ser justificados pelas esferas de governo.

1.3 A responsabilidade na prestação dos serviços de saúde

A rede pública de saúde é formada por um sistema único, competindo a União editar as normas reguladoras das ações e serviços a serem executados em nível nacional, coordenando, fiscalizando e repassando recursos aos demais entes, a título de contrapartida, para fazer frente às despesas inerentes à criação desse sistema. A Lei n.º 8.080/1990 dispõe que compete ao ente responsável pela direção nacional do SUS “promover a descentralização” dos serviços de abrangência estadual e municipal (art. 16, inciso XV), ocorrendo o inverso no processo de planejamento orçamentário, que é de forma ascendente, ou seja, do nível local para o federal, de acordo com as diretrizes delimitadas perante os órgãos deliberativos e as necessidades de cada região especificadas no plano de saúde municipal ou estadual (art. 36, *caput*).

É certo que, por força do princípio da descentralização político-administrativa do SUS, a intenção é que os Municípios assumam de forma plena a prestação dos serviços na área da saúde, ficando a cargo do Estado e da União o repasse de recursos para auxiliar no cofinanciamento das despesas. Essa assertiva vai ao encontro da Lei n.º 8.080/1990 que, ao tratar da descentralização político-administrativa do SUS, processo que envolve a prestação dos serviços, dá ênfase aos Municípios (art. 7º, inciso IX, alínea “a”).

Importante traçar, resumidamente, o processo de pactuação na divisão de responsabilidades no âmbito do SUS, considerando a normatização (infra)constitucional sobre a matéria.

1) O início desse processo ocorreu com a edição das Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96).

A NOB 01/91 definiu a forma de repasse dos recursos, do fundo nacional da saúde aos fundos estaduais e municipais, computando na porcentagem de recursos critérios populacionais, perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, dentre outros. Instituiu um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece em vigor, bem como estipulou prazo para os Estados constituírem as Comissões Intergestoras e Bipartite (CIBs).

A NOB/SUS 01/93 implantou três sistemáticas de relacionamento entre os Municípios e os demais entes federados, no que tange ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a saber: a) condição de gestão incipiente; b) condição de gestão parcial; e c) condição de gestão semiplena. Regulou também critérios diferenciados na forma de repasse dos recursos financeiros, de acordo com o nível de gestão assumido.

A NOB-SUS 01/96 “representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.”

2) Com o intuito de evitar as complicações advindas com o processo de descentralização dos serviços e ações de saúde para os Municípios, com a sistemática prevista nas NOBs/SUS, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS – SUS 01/2001 e 02/2002). O conjunto de regras que a NOAS apresenta é pautado na regionalização como estratégia de hierarquização das ações e serviços de saúde, buscando a equidade na alocação dos recursos da saúde e o acesso à população desses serviços em todos os níveis de atenção. Para tanto, as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) descrevendo o conjunto de Municípios de determinada região, as prioridades a serem adotadas em cada região, as propostas de estruturação de rede de referência especializada em determinadas regiões, dentre outros aspectos inerentes à política de atendimento pelo SUS.

Com a publicação da NOAS, facultou-se aos Municípios habilitarem-se em duas condições referentes aos compromissos de saúde: a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e, b) Gestão Plena do Sistema Municipal.

3) Com a edição da Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministro do Estado e da Saúde, ocorreram mudanças no processo de pactuação, sem que ocorressem alterações na sistemática de gestão que até o momento vigorava. Essa Portaria instituiu o Pacto pela Saúde 2006, que trata da consolidação do SUS e

aprova as diretrizes operacionais, estabelecendo metas e compromissos para cada ente da federação.

O Pacto pela Saúde é composto por três grandes áreas: a) Pacto pela Vida; b) Pacto em Defesa do SUS; e, c) Pacto de Gestão. Ficou definido que o Termo de Compromisso de Gestão existente para cada esfera de governo é o documento público declaração os compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população que reside na circunscrição territorial sob sua responsabilidade.

Com a edição do Decreto n.º 7.508/2011 afastou-se a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria n.º 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, como instrumento de organização e funcionamento do SUS, que incluía, também, as metas e condições para o cofinanciamento das ações e serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde, mediante repasse aos demais entes federados.

Atualmente, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar as ações e serviços inerentes ao SUS, por meio da formalização do *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP* – instituído pelo Decreto n.º 7.508/2011. Para tanto, é necessário considerar as definições contidas no texto do desse diploma, as quais estão vinculadas ao processo de operacionalização do COAP:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

[...]

No processo de formalização do COAP há providências preliminares a serem adotadas pelas Comissões Intergestoras, as quais *“pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”*, instituídas da seguinte forma:

- a) a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais, e encarregadas de traçar as diretrizes gerais a serem observadas pelo Estado para a criação das Regiões de Saúde, procedimento a ser realizado junto com os Municípios;
- b) a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e
- c) a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (art. 30 e incisos do Decreto n.º 7.508/2011).

A Resolução CIB/RS n.º 555/2012, atendendo às disposições do Decreto Federal n.º 7.508/2011, cria 30 (trinta) Regiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul e dispõe que cada Região deverá conter uma Comissão Intergestores Regional (CIR) responsável por encaminhar à CIB, para homologação, a denominação da Região de Saúde e o seu Regimento Interno, a ser previamente aprovado, no prazo de até 120 (cento e vinte dias) a contar da data de sua publicação (art. 2º e §§ 1º, 2º e 3º).

A partir da definição das Regiões de Saúde e com a criação de cada Comissão Intergestora Regional (CIR), passa-se a desenvolver um conjunto de atividades entre os Municípios e a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, visando ao planejamento das ações que integram as políticas e a prestação dos serviços públicos de saúde de acordo com a nova sistemática implantada pelo Decreto n.º 7.508/2011.

Esse processo de planejamento para a prestação de serviços no SUS encontra-se em construção no Estado, sendo que alguns Municípios estão se organizando para atender ao novo formato, a saber, aqueles que integram a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Macrorregião da Serra com sede em Caxias do Sul, RS.

Composta por 49 municípios a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde reúne 04 micro regiões (Campos de Cima da Serra, Caxias e Hortênsias, Uva e Vale e Basalto e Vinhedos).

Atendendo ao modelo de CIRs são realizadas duas reuniões mensais, com a convocação dos gestores da saúde, uma com todos os 49 municípios e a outra só com os municípios da micro região, onde são discutidos assuntos de interesse mútuo: dos municípios e do Estado através da Coordenadoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, pode-se afirmar que apesar dos imensos desafios existentes atualmente na área da saúde, todas as esferas da Administração Pública estão se organizando para que, de forma planejada e hierarquizada, possam ser atendidos os anseios e principalmente as necessidades da população.

A proposta de instituir os Contratos Organizativos das Ações Públicas da Saúde – COAP's e principalmente de criação das Câmaras Intergestoras – CIR (Tripartite, Bipartite e Regionais) que objetivam a *“a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”* é, sem dúvida, instrumento de grande valia para a pactuação entre os Entes Públicos nas três esferas União, Estados e Municípios.

Estas pactuações auxiliam os gestores nas questões práticas do dia a dia como nas transferências de pacientes envolvidos em acidentes, de gestantes de alto risco, tratamentos oncológicos e de reabilitações físicas exemplos típicos de atendimento integral à saúde de forma digna e de qualidade.

Assim, o objetivo maior deste artigo é a ampliação da discussão do tema na área acadêmica, além de incentivar que o conhecimento dos instrumentos apresentados sirvam de alternativas para gestores públicos na resolução dos problemas ainda existentes no Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Lei Federal 8.080, 19 de fevereiro 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. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. *Decreto Federal 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 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. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2011. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. *Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro 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. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. *Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 22 abr. 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 22 abr. 2015.

CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental a saúde: evolução, normatização e efetividade*. Rio de Janeiro: Lumem Júris, 2005. p. 1.

SEITENFUS, Ricardo (Org.). *Legislação Internacional*. São Paulo: Manole, 2004, p. 250 e 253.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. p. 102.

WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e federação na Constituição brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 158.