

DESAFIOS DA ARTICULAÇÃO INTERGOVERNAMENTAL:

A Atuação dos Conselhos de Secretários de Saúde

HIRONOBU SANO¹



¹ Professor
Doutor em
Administração
Pública e Governo
pela Fundação
Getúlio Vargas
de São Paulo,
coordenador
do Programa de
Pós-graduação em
Gestão Pública
da Universidade
Federal do Rio
Grande do Norte,
curso de Mestrado
Profissional em
Gestão Pública.

Um dos grandes desafios no processo de formulação e implementação de políticas públicas no federalismo brasileiro relaciona-se com o processo de coordenação e co-operação entre as esferas de governo, seja no âmbito vertical – entre os governos federal, estaduais e municipais – ou no horizontal – entre estados ou entre municípios –, principalmente ao considerarmos a autonomia que cada uma delas possui para definir suas próprias prioridades, o que pode resultar na fragmentação das políticas, com ausência ou sobreposição de ações e sem resultados efetivos para a sociedade (ABRUCIO, 2005; SANO, 2008).

Ao reforçar os laços horizontais, os Conselhos avançam em três direções: articulação política dos secretários de saúde; disseminação do conhecimento técnico; e impactos no relacionamento vertical – com o Governo Federal –, influenciando os processos de formulação e implementação das políticas no âmbito do SUS (SANO, 2008), o qual será explorado a seguir.

A criação do CONASS, em 1982, e do Conasems, em 1988, foi um reflexo, entre outros fatores, da longa tradição de associativismo dos sanitaristas e de seu caráter mais orgânico, que se manifesta na sua capacidade de articular ações não somente no plano social, como também no interior do estado. Em suas origens, o que uniu os secretários de saúde foi o fato de enfrentarem problemas comuns relacionados à infraestrutura e ao financiamento, além da percepção de que o Governo Federal deveria ampliar o repasse de recursos para as redes subnacionais e descentralizar o sistema, tornando estados e municípios atores importantes no processo de reconstrução do sistema de saúde.

A Constituição de 1988 conferiu à saúde o caráter de sistema nacional, integrado e organizado por meio de redes que obedeceriam às especificidades de estados e municípios. A configuração do Sistema Único de Saúde refletiu forte consenso dos atores em torno das suas características principais e foi regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Nos anos seguintes, o Executivo Federal editou Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) e o Pacto de Gestão, medidas que têm o intuito de operacionalizar e aperfeiçoar a LOS. O que passou a estar em disputa foram as características e o processo de implementação das alterações necessárias para se conformar um sistema único de saúde, criando um campo fértil para as tensões entre as esferas de governo, particularmente entre a União e os governos subnacionais.

Tal desafio torna-se ainda maior por dois aspectos: o primeiro refere-se à diversidade dos estados e dos municípios, tanto em relação às características socioeconômicas da população – o que gera demandas distintas – quanto à sua capacidade institucional, que se reflete na sua habilidade para elaborar e implementar políticas públicas. O segundo ponto diz respeito a uma tendência recente nas políticas públicas, que é a criação de sistemas nacionais, como o Sistema Nacional de Assistência Social ou a proposta que está em discussão na educação, entre outras. Todas espelham-se no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) e evidenciam a importância da coordenação vertical em um ambiente de respeito à autonomia dos Entes Federados.

Contudo, como promover a articulação entre os gestores do Governo Federal, dos 26 estados, do Distrito Federal e dos mais de 5.500 municípios? É nesse contexto que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) adquirem uma dimensão estratégica.

É nesse contexto que as entidades representativas dos secretários de saúde fortaleceram-se e passaram a demandar do Conselho Nacional de Saúde a criação de uma comissão intergovernamental para discutir e definir os rumos da descentralização na saúde (MIRANDA, 2003) e também como forma de superar a centralização política e a conduta normativa unilateral do Ministério da Saúde (CARVALHO, 2001). A lógica de uma cultura tripartite já existia, pois os técnicos das três esferas participavam de reuniões no Ministério da Saúde, tendo culminado até mesmo na criação do Grupo Executivo de Descentralização (DEBATEDORES, 2001).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi finalmente criada pela NOB/1993 e é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do Conasems. Dessa forma, a norma também reconheceu os dois Conselhos como instâncias legítimas de representação dos governos subnacionais nas questões relativas à saúde. Isso reforçou sua atuação na articulação horizontal, uma vez que essas entidades devem produzir uma posição comum entre seus membros para ser defendido na CIT. No âmbito estadual, foi criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta de forma paritária por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (Cosems). Outra vitória desses Conselhos refere-se à composição da CIB, pois sua atuação conjunta levou à rejeição da proposta do Ministério da Saúde de manter um representante federal em cada uma das instâncias estaduais.

Os processos de formulação das NOBs, Noas e do Pacto de Gestão na CIT revelam uma contínua tensão entre o Ministério da Saúde e os representantes do CONASS e do Conasems. Tal situação resultou do choque entre o padrão de atuação centralizador e hierárquico da burocracia federal e a visão

de um sistema nacional e articulado, que demanda maior interação e negociação entre os participantes. A postura do Governo Federal proporcionou, inclusive, maior aproximação entre os dois Conselhos, que passaram, posteriormente, a pressionar a CIT para iniciar a discussão sobre um novo modelo de relacionamento entre as esferas de governo, que resultou no Pacto de Gestão após dois anos de negociações.

Em que pese a tendência de o Governo Federal centralizar o processo decisório, a necessidade de passar suas propostas pela CIT, e, dessa forma, estar sujeito às influências das demandas subnacionais, é uma das principais mudanças nas relações intergovernamentais. Assim, mesmo que tente manter uma postura hierárquica na relação com as demais unidades federadas, as políticas já não podem simplesmente ser implementadas sem um debate. Destaca-se também que em nenhum momento o Ministério da Saúde revogou a criação da CIT, o que seria simples do ponto de vista operacional, pois ela foi criada por meio de uma portaria. A aparente fragilidade do procedimento de criação da NOB tem o reforço do histórico de construção da CIT, que enveredou por um processo de dependência de trajetória (PIERSON, 1995) e criou uma co-alizão entre o CONASS e o Conasems em torno do reforço dessa arena.

Embora os estudos já reconheçam a relevância da CIT como instância de negociação, deliberação e onde afloram os conflitos intergovernamentais, é preciso destacar que essa arena é uma das mais importantes inovações no sistema federativo brasileiro e que equacionou a questão da representação dos interesses dos governos subnacionais nos processos decisórios relativos às questões que lhes afetam. Não significa que seja a única forma possível nem que esteja isenta de problemas. A força de um nível de governo em relação às demais, por exemplo, pode desequilibrar

o jogo que se trava no interior da Comissão e levar à ruptura.

Outra inovação é a inclusão do CONASS e do Conasems na estrutura legal do SUS. Dessa forma, ambos os Conselhos precisam ser consultados sobre as mudanças de rumos no SUS.

Os estudos acadêmicos têm privilegiado as análises que enfocam a CIT mais como um ponto de veto, com pouca ênfase à atuação do CONASS e do Conasems como atores com poder para levar suas demandas e, com isso, influenciar o desenho da política. Na realidade, trata-se de uma arena para a tomada de decisões conjuntas e a coordenação da política de saúde. A conquista desse espaço também está inserida na busca por uma política nacional de saúde, que resultou no Sistema Único de Saúde, e é uma luta histórica do Movimento da Reforma Sanitária desde meados da década de 1970.

Para além do debate em torno das características e da forma de implementação do SUS, o CONASS e o Conasems têm-se mostrado como importante arena técnica, que promove o intercâmbio de experiências entre os técnicos dos diferentes governos estaduais e municipais, e que contribuem para reduzir as diferenças de conhecimento entre as equipes. No âmbito do CONASS, destacam-se as Câmaras Técnicas, voltadas para a análise de políticas, a proposição de normas e a troca de experiências. Merecem menção também duas outras ações: a realização de seminários para a construção de consensos entre os estados – um instrumento ao mesmo tempo político e técnico – que geraram documentos consensuados e que foram entregues ao Ministro da Saúde (CONASS, 2005); e as Oficinas de Trabalho, que funcionaram de 1995 a 2011 e contaram com a participação do Conasems, aspecto fundamental ao considerar-se o contexto federativo brasileiro. No Conasems destacam-se os Núcleos Temáticos e os Congres-

sos de Secretarias Nacionais de Saúde.

Em suma, podemos dizer que a área da saúde apresenta uma política nacional, representada pelo Sistema Único de Saúde, cuja concepção foi fruto de forte consenso em torno de suas principais características. O que está em jogo são as formas como essa política será implementada, questão que é discutida no âmbito da CIT. Trata-se de uma arena na qual CONASS e Conasems têm papel fundamental, uma vez que buscam posicionamentos comuns entre seus membros – fortalecendo a articulação horizontal –, e influenciam o desenho da política – a dimensão vertical. Além disso, são atores fundamentais para a manutenção dessa arena e da lógica do processo decisório compartilhado (PIERSON, 1995), reduzindo os espaços para uma postura hierárquica e centralizadora por parte do Governo Federal. Trata-se, enfim, de um *locus* de discussão que fortalece a institucionalização do CONASS e do Conasems e é reflexo também do aprendizado dos atores.

Referências bibliográficas

- ABRUCIO, F. L.. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41-67, 2005.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001.
- CONASS. **Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS**. Atividades e Resultados. Abril de 2003 a abril de 2005. Brasília: CONASS, 2005. (CONASS Documenta 8)
- DEBATEDORES. **Ciência e saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 292-318., 2001.
- MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
- PIERSON, P. Fragmented welfare states: federal institutions and the development of social policy. **Governance: an International Journal of Policy and Administration**, v. 8, n.4, 1995.
- SANO, H. **Articulação horizontal no Federalismo Brasileiro: os Conselhos de Secretários Estaduais**. Tese de Doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008. ■