

ano II, número 3
janeiro, fevereiro e março de 2012
www.conass.org.br

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



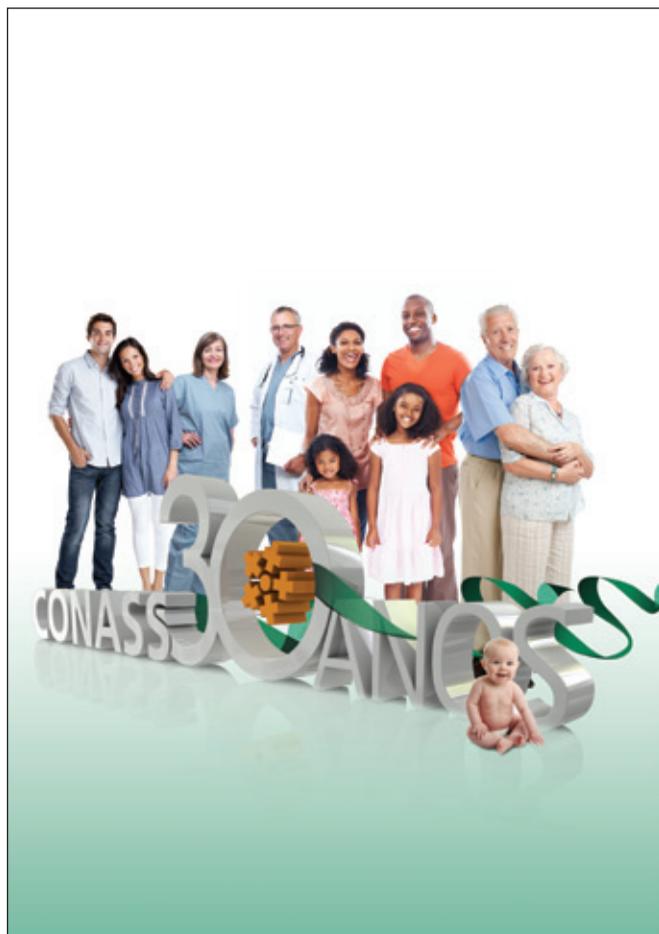
PROMOVENDO SAÚDE PARA TODOS OS BRASILEIROS

E MAIS: CONHEÇA OS DETALHES DA LEI N. 141, QUE REGULAMENTA A EC N. 29

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano II | Número 3 | Janeiro, Fevereiro e Março de 2012



CAPA DE DANIEL MACEDO

6

consensus entrevista

*Na edição comemorativa dos 30 anos do CONASS, a **Revista Consensus** traz uma entrevista com a primeira mulher a presidir a instituição: Beatriz Dobashi. A secretária de Saúde de Mato Grosso do Sul, fala sobre os desafios que enfrentou em seus dois anos e meio de mandato e também sobre as perspectivas para o SUS nos próximos anos*

14

especial

*O CONASS celebra, em 2012, 30 anos de existência. Para comemorar essa data, a **Revista Consensus** apresenta um resgate histórico dessa trajetória, desde a sua criação até os dias atuais, passando pelos diversos cenários por meio dos quais essa história se consolidou*

30

saúde em foco

Conheça os principais pontos da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29

39 institucional

Eleita a nova Diretoria do CONASS para a gestão 2012/2013. O secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Alecrim, foi eleito presidente do CONASS para esse período

41

Programação das atividades de comemoração dos 30 anos do CONASS

44 opinião

Os anos de chumbo do financiamento da saúde universal após a EC n. 29, por Áquilas Mendes

54

Desafios da articulação intergovernamental: a atuação dos conselhos de secretários de saúde, no ponto de vista de Hironobu Sano

58

curtas

Há consenso entre estudiosos e gestores de saúde em todo o mundo sobre a relevância do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização e no funcionamento dos sistemas e serviços de saúde. No Brasil, onde se fez uma clara opção política pelo fortalecimento da APS, observamos que as ações se dão, especialmente, pela integração de esforços de equipes multiprofissionais – com a presença diferencial do agente comunitário de saúde, e da comunidade. Isso constitui, de fato, uma experiência singular que ao longo dos anos vem demonstrando sua validade.

Ao celebrarmos os 30 anos do CONASS, não teria sentido escolher outro tema que não o da Atenção Primária à Saúde para um debate amplo como o que se pretende fazer no Seminário Internacional *Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social*. O que se pretende é correlacionar o assunto com outros elementos de grande importância, tais como a seguridade social, os determinantes sociais da saúde e as metas do milênio. Durante dois dias, palestrantes brasileiros e estrangeiros, mediados por uma personalidade de reconhecido protagonismo no nosso Sistema Único de Saúde, discutirão com a plateia de gestores, técnicos e representantes do setor acadêmico as questões mais instigantes, os benefícios, os avanços e os desafios que pontuam a essa trajetória da APS no Brasil.

No cortejo das comemorações alusivas aos 30 anos de existência do CONASS, esta edição da *Revista Consensus* narra um pouco da trajetória do Conselho e sua implicação histórica na concepção, desenvolvimento, fortalecimento e contínuo aprimoramento de nosso sistema de saúde. Seja no trabalho sinérgico com as outras instâncias gestoras do

SUS, seja com parcerias com instituições da área da saúde e fora dela, o CONASS tem demonstrado sua capacidade técnica e política na defesa dos princípios e da organização do sistema público de saúde brasileiro, além de promover o intercâmbio de conhecimentos e de experiências com outros países.

Na luta por um melhor financiamento para a saúde pública brasileira, o CONASS vem realizando, ano a ano, estudos minuciosos da proposta orçamentária da saúde a fim de apontar a necessidade de incremento dos recursos em diversas ações e serviços. Cabe-nos rememorar que nos últimos doze anos esta luta foi permeada pela Emenda Constitucional n. 29, regulamentada no início de 2012 por meio da Lei Complementar n. 141. As implicações desta lei e de sua execução nos estados e municípios brasileiros também são tema desta edição comemorativa da *Revista Consensus*.

Enfim, fatos importantes marcam estes 30 anos de história do CONASS, instituição que atua firmemente na defesa e na consolidação do SUS, antes mesmo de sua criação. Todas estas questões são postas na entrevista com Beatriz Figueiredo Dobashi, primeira mulher a presidir o CONASS, que encerra seu mandato fazendo uma avaliação dos avanços e das conquistas do Conselho e do SUS.

Completar 30 anos de vida em meio a tantas lutas e conquistas é motivo de muito orgulho e comemoração. Há muito trabalho pela frente, mas há também a certeza de que o CONASS tem buscado cumprir com o objetivo de promover a saúde para todos os brasileiros e de lutar permanentemente pela maior conquista da sociedade brasileira que é o direito à saúde a todos os seus cidadãos.



ENTREVISTA

Beatriz Dobashi

Primeira mulher a presidir o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a secretária de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, Beatriz Dobashi, fala à *Revista Consensus* sobre os dois anos e meio em que esteve à frente da presidência do CONASS.





O CONASS não é uma instituição focada na presidência. Ele é um colegiado de 27 gestores que busca dar respostas às questões relacionadas à gestão estadual da saúde, produzindo e difundindo conhecimento e atuando técnica e politicamente para dar apoio à gestão do SUS nos estados brasileiros. Para nós, gestores, o CONASS é um alicerce.

Revista Consensus Como a senhora avalia o papel do CONASS a partir de sua experiência como presidente do Conselho?

Beatriz Dobashi Convivo com o CONASS desde 2007, de certa maneira sempre presente na sua diretoria. Fui vice-presidente regional, depois fui a primeira vice-presidente do então secretário de Estado da Saúde do Tocantins, Eugênio Pacceli, e assumi a presidência em outubro de 2009. Nesse período, tive o privilégio de ter sido testemunha de fatos muito importantes para a saúde pública brasileira.

Posso afirmar que o CONASS não é uma instituição focada na presidência. Ele é um colegiado de 27 gestores que busca dar respostas às questões relacionadas à gestão estadual da saúde, produzindo e difundindo conhe-

cimento e atuando técnica e politicamente para dar apoio à gestão do SUS nos estados. Para nós, gestores, o CONASS é uma alicerce.

A dinâmica da instituição pode ser observada em diversos aspectos, e cito a constante busca pelo aprimoramento de suas ações. Um exemplo disso é a realização do Planejamento Estratégico pelo qual o Conselho vem passando desde 2010, voltado para a capacidade operacional do CONASS e para a definição de seu papel – em quais frentes ele deve se aprimorar; como contribuir para a construção das políticas em curso; entre outras coisas. Enfim, há um processo de construção conjunta entre as áreas técnica e administrativa no intuito de aprimorar o trabalho do escritório.

Consensus Quais fatos a senhora considera mais importantes?

Dobashi Sem colocar em ordem de prioridade, mas gosto de destacar a questão das relações internacionais. Acho imprescindível que a gente faça comparativos entre os sistemas de saúde e que uns aprendam com os erros e os acertos dos outros. O SUS vem sendo cada vez mais observado internacionalmente e o fato de ser uma política tão abrangente em um país como o nosso, com dimensões continentais, muita pluralidade e uma estrutura federativa, torna muito difícil a organização de um sistema que pretende ser único nos seus princípios. Isso tem sido exemplo para muitos países.

Consensus Como o CONASS vem atuando nessas relações internacionais?

Dobashi Evoluímos muito na parceria com o Canadá, país com o qual tivemos algumas frentes importantes. Uma delas foi a formação de liderança em enfermagem na Estratégia Saúde da Família, um processo que envolveu cinquenta pessoas e que deve se multiplicar por todo o Brasil. Atuamos também em parceria com a Universidade de Toronto, que resultou no projeto intitulado Agap (Aperfeiçoamento da Gestão da Atenção Primária à Saúde), um movimento muito importante na formação de pessoal. Firmamos outra parceria, dessa vez com a Universidade de Montreal, para utilização de metodologia de avaliação de sistema de serviços de saúde empregada no Canadá e que poderá ser replicada nos estados brasileiros.

Outro fato relevante foi o CONASS ter se tornado observador consultivo da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP),

até mesmo já participando de capacitação em Cabo Verde, contribuindo com países que falam nossa língua e que têm poder aquisitivo menor e organização da saúde menos estruturada. Deve haver ainda uma contribuição do CONASS junto ao Haiti, ou seja, muitas experiências internacionais desabrocharam nesse período, como também o Observatório Ibero-Americano junto com o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) – uma ação importante tendo em vista a possibilidade de comparações dos resultados disponibilizados.

Um projeto extremamente importante é a Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, que trata da prevenção da violência desde a os primeiros anos de vida, aliás, desde a gestação. É um instrumento fantástico para profissionais e para famílias no qual são publicados artigos científicos com atualização constante de conteúdos voltados para este tema. Já existe acúmulo de conhecimentos acerca desse assunto que por tamanha relevância motivou uma agenda específica do CONASS para o enfrentamento da epidemia de violência, não apenas na Primeira Infância, mas em diversas situações.

Da esquerda para a direita: Alex Mont'Alverne, Beatriz Dobashi, Alexandre Padilha e Diego Victória





Da esquerda para a direita:
Alexandre Padilha, Beatriz
Dobashi e Antônio Carlos Nardi

Consensus E no Brasil, como tem sido o trabalho da instituição?

Dobashi Considero muito importante o fato de o CONASS ter desencadeado um movimento, em parceria com o Conasems, para que a CIT (Comissão Intergestores Tripartite) se tornasse um fórum mais político, expandindo as suas discussões para além das questões operacionais do SUS. A avaliação do Pacto pela Saúde representa esse movimento no qual, depois da reforma sanitária, a gente passa a discutir a edição das Normas Operacionais e analisar o porquê de termos tantos instrumentos operacionais que em vez de ajudar até confundem a gestão.

Em 2003, fortaleceu-se esse movimento de nos debruçarmos a fim de resgatar o princípio da reforma sanitária, que era a responsabilidade compartilhada por estados, municípios e União. Foi celebrado um Pacto pela Saúde em 2006 e, quando começamos a avaliar esse pacto, três anos depois, houve mudanças na forma de discussão da CIT, que alavancou esse processo de formulação de políticas de forma tripartite.

Consensus Como essas mudanças afetam a prática da gestão da saúde?

Dobashi Um ponto relevante em relação a este resgate da responsabilidade dividida em três âmbitos de gestão foi a discussão a respeito das Redes de Atenção à Saúde e de seus aspectos conceituais. Foi um movimento natural na medida em que, com a reforma sanitária, passamos por um processo radical de descentralização, de municipalização, levando à discussão de qual era o papel dos estados, tendo em vista que sempre buscamos um sistema tripartite.

Então, se nós descentralizássemos rapidamente a Atenção Primária à Saúde (APS), que os municípios assumiram, tínhamos de discutir qual era a responsabilidade dos estados e da União nesta atenção e como fazer a construção tripartite a partir da APS nos territórios regionais. Como qualificar as regiões no sentido de ter redes de serviço organizadas, identificando os pontos de atenção dessa rede a partir de uma Atenção Primária acolhedora, resolutiva e fortalecida com a participação dos estados e da União. Então, a qualificação da região passa pela organização dessas redes de serviço, e essa discussão tripartite foi muito importante também porque apresentou,



depois de uma construção muito coletiva e participativa, que demorou bastante para acontecer, uma estrutura que realmente representa as três instâncias do SUS.

A partir daí, começamos a olhar para as redes específicas. Hoje, os três níveis de gestão procuram direcionar as suas ações pensando nas redes. Então, quando a gente pensa, por exemplo, na rede de atenção materno-infantil, procuramos interligar essa rede – seus pontos de atenção, as ferramentas que permitem sua atuação nestes diversos pontos, como é a regulação, o planejamento, o financiamento, a educação permanente, o controle social, entre outras coisas que representam as ações estratégicas das redes. Nesse aspecto, outro ponto extremamente importante é a ação intersetorial, quando extrapolamos o campo da saúde para organizar as redes de maneira abrangente e com outro olhar.

Já avançamos na rede materno-infantil, na rede psicossocial, na rede de urgência e emergência, estamos atualmente trabalhando com a rede de atenção às pessoas com deficiência, o que representa bem a atuação do CONASS e como ela se reflete na prática da gestão do SUS.

Consensus Então, muitos são os motivos para comemorar os 30 anos do CONASS, no mesmo ano em que a senhora encerra seu mandato...

Dobashi Sem dúvida. O CONASS completa 30 anos com uma história que começa com a contribuição para o movimento da reforma sanitária, porque ele antecede o próprio SUS, e segue até hoje com a busca pelo resgate do cerne da reforma que é a responsabilidade dos três Entes com o mesmo olhar para a construção de um sistema realmente único, no sentido de preservar seus princípios e suas diretrizes, mas diversificado em razão da disparidade regional que temos em um país grande como o nosso. Esse é o desenho da caminhada do CONASS nestes 30 anos.

Consensus Podemos considerar algumas normativas legais recentes, como a publicação do Decreto n. 7.508/2011 e das Leis n. 12.466/2011 e n. 141/2012, como uma consolidação deste resgate da responsabilidade tripartite?

Dobashi O Decreto incorpora elementos da reforma sanitária e do Pacto pela Saúde, representando um acúmulo de tudo que vivenciamos nestes mais de 20 anos de SUS. Ele re-

Beatriz Dobashi, junto ao Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e secretários de Estado da Saúde, durante a posse da diretoria do CONASS para a gestão 2011/2012

trata muito da necessidade percebida de mais formalização nas relações interfederativas.

Por sua vez, a Lei n. 12.466/2011, que institucionaliza as instâncias interfederativas do SUS, é a realização de um desejo antigo porque, afinal de contas, os conselhos dos secretários de saúde municipais e estaduais não são associações. Eles são instâncias do SUS que no fórum tripartite representam os gestores e promovem a pactuação. Além disso, essa institucionalização acontece em momento simbólico em que o CONASS completa 30 anos e o Conasems, 25 anos.

Já a regulamentação da EC n. 29, por meio da Lei Complementar n. 141/2012, foi uma grande frustração para todos que esperaram 12 anos por isso, porque não trouxe novidades e não contemplou aquilo que mais queríamos que é ter também para União um percentual das receitas correntes brutas que pudesse ser aplicado na saúde, o que traria um recurso novo para o SUS, uma vez que estados e municípios já têm seus percentuais definidos. Muitos estados e a maioria dos municípios, inclusive, já cumprem esses percentuais.

Além da expectativa em relação aos recursos da União, questão que não foi contemplada, a Lei trouxe muita mudança para o processo de planejamento do SUS, gerando muitas dúvidas com as quais ainda estamos trabalhando, uma vez que elas modificam o que está posto.

Devemos levar em consideração que, no Brasil, temos uma alternância de período eleitoral em que a instância municipal não é eleita juntamente com a estadual e a federal, então, os tempos para elaboração do planejamento são distintos, exceto pelos relatórios

de gestão que são anuais. Enfim, este instrumento legal mexe bastante com a estrutura atual, e, por isso, estamos tentando aprimorá-lo (leia matéria sobre a Lei na página 30).

Consensus Como fica a questão do financiamento da saúde, tendo em vista que a regulamentação da EC n. 29 não trouxe novos recursos?

Dobashi Há um Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública conduzido pela OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), por diversas entidades médicas, pelo CONASS e pelo Conasems no intuito de pedir a revisão da Lei n. 141/2012, por meio de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular. Estabelecemos como meta atingir ao menos 0,3% de assinaturas do número de eleitores de cada estado, para que o pleito caracterize-se como emenda popular e o Congresso Nacional possa reabrir a Lei e pensar nos itens a serem revisados.

É importante que a nossa primeira vitória seja conseguir caracterizar o pleito como emenda popular para revisão da Lei. Em seguida, vamos realizar diligências no Congresso Nacional para negociar o que não está bom. O percentual da receita corrente bruta do governo federal é mais difícil, uma vez que a presidente da República, Dilma Rousseff, declarou que, sem um novo imposto, o governo não tem de onde tirar novos recursos para a saúde. O segundo passo, então, será trabalhar para indicar possíveis fontes de recursos, uma vez que o Brasil tem carga tributária alta e o momento político de eleições municipais torna muito difícil a aprovação de um novo imposto.



O CONASS completa 30 anos com uma história que começa com a contribuição para o movimento da reforma sanitária, porque ele antecede o próprio SUS, e segue até hoje com a busca pelo resgate do cerne da reforma que é a responsabilidade dos três Entes com o mesmo olhar para a construção de um sistema realmente único.

Consensus A senhora encerra seu mandato com a realização de um evento internacional para discutir a Atenção Primária à Saúde. Qual o intuito deste seminário?

Dobashi Traremos palestrantes de outros países para debater conosco a questão da Atenção Primária à Saúde e o seu papel na construção das redes: como foi a organização da APS no processo radical de descentralização e municipalização. Hoje, temos mais de 30 mil equipes de Saúde da Família e mais de 20 mil equipes da Saúde Bucal. Isso é um fenômeno para outros países. Como ter 30 mil médicos, 30 mil enfermeiros e mais de 20 mil dentistas que se propuseram a trabalhar oito horas em uma Unidade Básica de Saúde, criando vínculo com a clientela, olhando o território e pensando no seu papel dentro dele. Então, vamos discutir os desafios da Atenção Primária à Saúde com ênfase no acesso universal e na proteção social, promovendo debates compa-

rativos com os países convidados, dividindo as dificuldades e conhecendo os avanços dessas experiências.

Haverá também a 1ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde – em que todos os estados apresentarão suas experiências em relação à formação de redes, mesmo que não estejam prontas. Será uma oportunidade de avaliação tanto do funcionamento das redes quanto do movimento que a gestão estadual, obviamente junto com os municípios, está fazendo para construir as redes no seu estado.

Essa Mostra será um ponto alto para apresentar se, quando discutimos aspectos conceituais de construção de redes, conseguimos atingir todos os estados, se os gestores aceitaram esses conceitos, mesmo quem não participou diretamente da discussão, e se isso se difundiu para as equipes técnicas e está sendo colocado em prática. ■

CONASS:

30 anos promovendo todos os cidadãos

ADRIANE CRUZ
E TATIANA ROSA

Relatar uma trajetória de 30 anos é resgatar no passado todo o caminho percorrido e reviver cada passo dado, rememorando momentos históricos importantes e destacando os diversos cenários por meio dos quais essa história se apresenta.

A narrativa dos 30 anos do CONASS que apresentamos a seguir tem esse objetivo e pretende também celebrar a atuação e a consolidação do Conselho, contextualizando-as com a história do Sistema Único de Saúde.

endo saúde para s brasileiros

No início nos anos 1970, o Movimento da Reforma Sanitária brasileira começava a articular-se a fim de promover mudanças na área da saúde e também para lutar pelo fim da ditadura militar que afligia o país. Em 1978, a preocupação de diversos países com a questão da saúde coletiva levou à realização da Conferência de Alma-Ata, importante marco histórico que estabeleceu que os países deveriam promover políticas de saúde adequadas para que as suas populações tivessem melhores condições de saúde.

Nesse contexto, quatro anos depois, mais precisamente no dia 3 de fevereiro de 1982, nascia o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em uma época em que o país atravessava um quadro político difícil, marcado pela expectativa de um processo de redemocratização, o CONASS foi criado com o objetivo de tornar o conjunto das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal mais participante no esforço de reconstrução do setor saúde.

Desde então, sua luta pela promoção da saúde pública brasileira tem sido marcada



por inúmeros desafios e muitas conquistas. Em seus primeiros anos de existência, o CONASS, por meio das Secretarias de Estado da Saúde, atuou como agente importante em acontecimentos da política de saúde. Muitas foram as intervenções e as participações políticas da instituição nos diversos eventos de questionamento do modelo vigente.

Em 1986, o Conselho participou ativamente na convocação da **VIII Conferência Nacional de Saúde** – um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas no Movimento da Reforma Sanitária.

.....
Plenária da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em setembro de 1978

8ª Conferência
Nacional de
Saúde, 1986



O documento final da conferência apontou para o processo de reforma que serviu de base para as deliberações da Assembleia Nacional Constituinte dois anos depois, quando, em 1988, o Brasil institucionalizou o direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal e a **criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**, que se constitui pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob a gestão pública.

Pautado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, a gestão do SUS foi descentralizada, passando a ser administrada pela União, pelos estados e pelos municípios brasileiros.

A Lei n. 8.080 de 1990 e as Normas Operacionais da Saúde

A regulamentação do SUS, no entanto, aconteceu dois anos depois, com a publicação da **Lei n. 8.080/1990**, a chamada **Lei Orgânica da Saúde**, que disciplinou a descentralização político-administrativa do SUS e destacou seus aspectos de gestão e financiamento, além de estabelecer princípios para sua promoção, sua proteção e seu funcionamento.

Para a época, a lei foi bastante ousada, pois previa que a gestão devia ser tripartite (União, estados e municípios). Como consequência disso, em 1991, criou-se a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, que surgiu da necessidade dos gestores de ter um fórum no qual pudessem, em conjunto, tomar decisões

operacionais para colocar em prática o que a lei determinava e começar a fazer o SUS funcionar, de fato, como um sistema único de saúde.

Nos anos 1990, o CONASS teve participação fundamental nas discussões que resultaram nas Normas Operacionais Básicas: **NOB 91** (equiparava os prestadores públicos aos privados), **NOB 93** (desencadeava o processo de municipalização da gestão) e **NOB 96** (ampliava as possibilidades da gestão descentralizada, criando a condição de gestão plena para estados e municípios).

No início do ano 2000, um longo processo de negociação entre CONASS, Ministério da Saúde e Conasems resultou na publicação da **Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 01)**. Seu objetivo era promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A **Noas 02** foi resultado de encaminhamentos estabelecidos na CIT quando foi firmado um acordo entre o CONASS e o Conasems contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e aos mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada.

Pode-se dizer que a década de 1990 foi de **consolidação do CONASS** como representante da gestão estadual do SUS. Foi nesse período que uma de suas principais características foi definida: a atuação decisiva mediante instrumentos políticos em busca do bem comum e da saúde para todos os brasileiros.

Ao lado: Assembleias
do CONASS em 2011

Fotos: Fiocruz e Arquivo CONASS



Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde 2006 atendeu a uma antiga reivindicação do CONASS que, em 2003, solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS. À época, os gestores estaduais compreendiam que esse processo precisava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do país e contribuir para um modelo de atenção construído sob a égide da responsabilidade sanitária, sintonizado com os princípios do SUS e adequado à realidade de cada estado e região do país.

Esse processo deu-se em trabalho conjunto entre CONASS, Ministério da Saúde e Conasems ao envolver questões fundamentais para o processo de gestão do SUS, exigindo o exercício da construção de consensos. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria n. 399 de 2006 com a definição das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Em seguida, foram publicadas a Portaria n. 698 de 2006, que institui a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento, e a Portaria n. 699 de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

O secretário-executivo do CONASS, Jurandi Frutuoso, em debate na Câmara dos Deputados, sobre a EC n. 29



Representação política

Emenda Constitucional n. 29

Desde o ano 2000, quando a **Emenda Constitucional n. 29** foi aprovada pelo Congresso Nacional, o **CONASS atuou fortemente em defesa de sua regulamentação**, sendo tema prioritário e objeto de mobilização constante da entidade, que atuou técnica e politicamente diante dos cenários políticos que se desenharam nesse período.

A EC n. 29 alterou artigos da Constituição Federal e acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Apesar de ter sido aprovada em 2000, somente 11 anos depois, no dia 7 de dezembro de 2011, a EC n. 29 foi regulamentada, porém não da maneira defendida pelo CONASS. O substitutivo aprovado manteve a fórmula atual, segundo a qual a União deve investir em saúde o mesmo montante do ano anterior, acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB) dos últimos dois anos, o que significa que não haverá acréscimo de dinheiro para a saúde, uma vez que a vinculação de 10% das receitas de âmbito federal ao setor e a criação da Contribuição Social para a Saúde foram derrubadas. (Mais informações sobre a regulamentação da EC n. 29 na página 30).

Decreto n. 7.508 de 2011

O Decreto Presidencial n. 7.508, publicado em junho de 2011, representou um avanço significativo na consolidação do Sistema Único de Saúde, pois regulamentou de fato, após 21

anos, a Lei n. 8.080 de 1990, ao dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, ou seja, trata de aspectos da reorganização da gestão do SUS.

O decreto aprofundou os processos já preconizados no Pacto pela Saúde, ao exercer a importante função de regular a estrutura organizativa do SUS, pois isso garante maior segurança jurídica para o gestor, fixando as responsabilidades das três esferas de gestão, consolidando alguns entendimentos sobre aspectos que historicamente têm gerado interpretações diversas e conflitantes e reafirmando o papel do controle social no estabelecimento de diretrizes para o planejamento no SUS.

Entre as suas principais novidades, estão a introdução de alguns conceitos novos na organização do SUS, como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), que formaliza o acordo de colaboração firmado entre Entes Federativos que hoje é expresso por meio do instrumento do Pacto pela Saúde denominado Termo de Compromisso de Gestão e tem por objetos a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos Entes Federativos em uma Região de Saúde, para garantir a integridade da assistência aos usuários.

A presidente do CONASS, Beatriz Dobashi, classificou-o de maneira positiva para os gestores. “Ele fortalece as relações interfederativas e qualifica a relação tripartite das instâncias do SUS”, afirmou Dobashi na época da publicação do decreto.

Lei n. 12.466/2011 e a institucionalização do CONASS e do Conasems

Em agosto de 2011, com a publicação da Lei n. 12.466, o CONASS foi reconhecido como entidade representativa dos Entes Estaduais nas instâncias do SUS. A lei acrescentou dois ar-

tigos à Lei n. 8.080 de 1990, para dispor sobre as Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições.

Na prática, isso significou que CONASS e Conasems são legalmente reconhecidos como entidades representativas dos Entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde.

O Projeto de Lei que institucionalizou o CONASS e o Conasems surgiu em 2007, a partir de um acordo feito entre ambos os Conselhos que elaboraram o texto e o apresentaram ao então presidente da Câmara dos Deputados, Arlindo Chinaglia.

Apesar do apoio de vários parlamentares, a tramitação do Projeto de Lei foi mais demorada do que se imaginava, tendo em vista o desconhecimento de alguns setores sobre o funcionamento tripartite do SUS, desde o início da sua implantação em 1990.

Representação Técnica

Desde a sua criação, o CONASS tem investido em sua estrutura de apoio administrativo e técnico a fim de prestar assessoria de qualidade às Secretarias de Estado da Saúde (SES) para que elas sejam, de fato, efetivos órgãos gestores do SUS. A Secretaria Técnica, que se originou da pequena estrutura de apoio administrativo dos primeiros anos, transformou-se em assessoria bem estruturada, formada por técnicos qualificados e experientes.

Ao longo dos últimos anos, várias iniciativas no sentido de fortalecer as SES para o desempenho das suas funções têm sido desenvolvidas.

O investimento na capacitação das equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde e no fortalecimento das **Câmaras Técnicas** e dos Comitês do CONASS comprova a riqueza da troca de experiências, a capacidade



Reunião de
Câmara Técnica
do CONASS

de aprofundamento e detalhamento de temas específicos e a apresentação de importantes subsídios à diretoria e à **Assembleia** para tomada de decisões.

Para desenvolver o apoio técnico às SES, o CONASS desenvolveu o **Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores)**. O programa representa uma contribuição do CONASS para o aprimoramento da gestão, por meio de publicações, assessoria direta às Secretarias ou por programas de capacitação técnica. Entre a suas principais realizações, destacam-se:

Coleção Para
Entender a
Gestão do SUS,
lançada em
abril de 2011



Projeto de Redes de Atenção à Saúde

Ao entender a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial, para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde com assistência igualitária e universal e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, o CONASS propõe a sua planificação como um processo de planejamento da atenção à saúde por meio de 11 oficinas presenciais que constituem, ao fim do processo, em um plano de intervenção da APS no âmbito locorregional e estadual.

Atualmente, o CONASS realiza essas oficinas em diferentes estágios de implantação, em 11 estados e no Distrito Federal: AC, AL, AM, AP, GO, MS, PA, PR, RN, RO e RR.

Funções Essenciais de Saúde Pública

As Funções Essenciais em Saúde Pública (Fesp) são um projeto de Fortalecimento, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), originado na autoavaliação que permite a identificação das áreas que devem ser fortalecidas, com base nas atribuições da gestão estadual do SUS definidas nas 11 Funções Essenciais em Saúde Pública.

Coleção para Entender a Gestão do SUS

Revisada de quatro em quatro anos, a Coleção para Entender a Gestão do SUS é composta por publicações elaboradas pela assessoria técnica do CONASS e foi lançada pela primeira vez em 2003. A edição de 2011 traz conteúdos atualizados que contemplam toda a mudança ocorrida no SUS até hoje e incorpora, ainda, novos temas que foram prioridades do CONASS nos últimos quatro anos, como, por exemplo, o impacto da violência no SUS, as recentes decisões sobre a questão das demandas judiciais, o processo de implementação do Pacto pela Saúde e a organização das Redes de Atenção à Saúde.

Cadernos CONASS Documenta

Os cadernos técnicos do CONASS Documenta têm como função principal ser o veículo de informações técnicas e memória do CONASS. Abrangem textos técnicos, coletânea de artigos, relatórios de gestão e de assembleias, trabalhos produzidos em seminários, oficinas, reuniões de Câmaras Técnicas e outros eventos, além de estudos e pesquisas desenvolvidas pelo CONASS.

Revista Consensus

A revista Consensus aborda pontos relevantes sobre o Sistema Único de Saúde por meio de reportagens, entrevistas e artigos científicos que promovem o debate e indicam caminhos para o fortalecimento do SUS. Sua periodicidade é trimestral e as edições encontram-se disponíveis no portal do CONASS.

Portal CONASS

O novo portal do CONASS na internet está totalmente ligado às redes sociais, privilegiando a agilidade na inclusão de informações relevantes a respeito da saúde pública brasileira e na atuação dos secretários de Estado da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Acesse: www.conass.org.br

Relações Internacionais

O Núcleo de Relações Internacionais do CONASS tem como uma de suas macrofunções o desenvolvimento de programas e projetos de cooperação interinstitucional nacionais e internacionais. Um dos objetivos da participação do CONASS em parcerias internacionais tem sido a socialização e o debate com outros países sobre os êxitos alcançados pelo Sistema Único de Saúde.

Entre os parceiros internacionais mais frequentes, o CONASS tem cooperações estabelecidas com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com a Universidade de Mon-



tréal, com a Escola Nacional de Administração Pública do Québec, com a Conferência Luso-Francófona da Saúde (Colufra), com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, e com a Universidade de Toronto. O CONASS integra, ainda, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), na qualidade de Observador Consultivo, desde 2011, e participa do Observatório Ibero-Americano de políticas e sistemas de saúde.

Outros projetos

Laboratório de Inovações sobre Condições Crônicas

O Laboratório de Inovações sobre Condições Crônicas é fruto de parceria entre o CONASS, a Opas e o Conasems. Consiste no acompanhamento de experiências bem-sucedidas sobre o manejo de condições crônicas nos estados e também nos municípios. A primeira experiência acompanhada pelo laboratório é o projeto-piloto sobre o manejo das condições crônicas do diabetes, da depressão e da hipertensão em seis Unidades Básicas de Saúde, feito pela Secretaria Municipal de Curitiba.

Durante as comemorações dos 30 anos do CONASS, cinco experiências apresentadas na 1ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saú-

Beatriz Dobashi com o Prof. Rémy Trudel (à esquerda) e o assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, após conferência na Escola Nacional de Administração Pública do Québec, em Montreal, em 2011

Reunião da equipe do Laboratório de Inovações sobre Condições Crônicas

de: o estado e as Redes de Atenção à Saúde, serão escolhidas para serem objeto de acompanhamento do Laboratório de Inovações sobre Condições Crônicas (leia mais na página 41).



Primeira Infância Melhor

Com o intuito de contribuir para a disseminação de informações relevantes sobre os primeiros anos de vida, o Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância (CEDPI) da Universidade de Montreal no Canadá elaborou a **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**.



Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância



Publicada na internet, a enciclopédia é de acesso livre e aberto. Reúne artigos de renomados pesquisadores internacionais sobre temas relacionados ao desenvolvimento psicossocial da criança, da concepção aos cinco anos de idade. As versões originais da enciclopédia, em inglês e em francês, apresentam 45 temas de interesse que, paulatinamente, estão sendo disponibilizados em português.

Em abril de 2010, o CONASS lançou, em parceria com o CEDPI, a versão em língua portuguesa da enciclopédia que já conta com 20 temas disponíveis para consulta, entre os quais se destacam: agressividade; apego; aleitamento materno; prevenção de maus-tratos na infância (abuso/negligência); estresse (pré-natal e perinatal); obesidade; programas de educação infantil; linguagem e alfabetização; entre outros. Além disso, há 22 mensagens-chave disponíveis em português.

Em setembro de 2011, a presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Beatriz Dobashi, e o diretor-presidente da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Eduardo Queiroz, assinaram um Acordo de Cooperação CEDPI com o objetivo de estimular uma colaboração tripartite a fim de melhorar a qualidade de vida e a saúde das crianças a partir da primeira infância, oferecendo maiores oportunidades de desenvolvimento integral àquelas mais vulneráveis. A partir dessa cooperação tripartite, a versão em português da enciclopédia será ampliada e passará a contar com uma nova seção intitulada “Perspectivas Brasil”, na qual serão postados artigos científicos de pesquisadores brasileiros relacionados ao temário da enciclopédia, propiciando uma contextualização sobre o estado da arte das evidências internacionais, além de contribuir para a ampliação e a divulgação da produção científica nacional dentro do Brasil e para o conjunto de países lusófonos.

A enciclopédia pode ser consultada no portal do CONASS. Acesse: www.conass.org.br

A versão em português da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância foi visitada por 11.656 pessoas de 37 países em 2011, sendo que 83% dos visitantes são do Brasil, 9% de Portugal e 8% de 35 países. Ao todo, 39.758 páginas em português foram lidas em 2011.

A Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância nas versões originais,

em inglês e francês, contavam, ao final de 2011, com 47 temas on-line disponibilizando 376 artigos de especialistas de 16 países diferentes, além de 35 mensagens-chave para pais e profissionais. Somadas as 4 versões – inglês, francês, português e espanhol –, a Enciclopédia teve 785.070 páginas consultadas ao longo de 2011.



As principais parcerias

Ministério da Saúde

Ao longo da trajetória de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem sido um ator estratégico na pactuação e na implementação das políticas de saúde, contribuindo de forma decisiva para a consolidação desse sistema, que se constitui em um projeto único de desenvolvimento econômico e de inclusão social.

A partir dessa percepção geral, podemos afirmar que a história do CONASS está imbricada com a história do sistema de saúde brasileiro. Falar dos avanços do SUS necessariamente nos remete à participação dessa instituição nas importantes decisões que transformaram o sistema nas últimas décadas e produziram inúmeras conquistas na melhoria da condição de saúde da população.

Outro aspecto a ser destacado no trabalho do CONASS diz respeito à articulação do conjunto de secretários de saúde e equipes gestoras das Secretarias Estaduais de Saúde na reflexão sobre a modernização da gestão do SUS, tornando-a mais forte e eficiente, assim como na produção de agendas estratégicas para o sistema, formuladas coletivamente e que impactam na ampliação do acesso à saúde e na organização dos serviços.

Esse esforço contribui significativamente para o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde e para o desempenho do seu papel estratégico na coordenação estadual do sistema e no cenário nacional, como portadores de propostas inovadoras para debates e consensos na Comissão Intergestores Tripartite.

Ao comemorar 30 anos, o CONASS reaviva sua trajetória de participação na luta pela efetivação do direito dos cidadãos brasileiros à saúde, celebra conquistas importantes e reafirma compromissos que historicamente conformam a pauta de reivindicação dessa instituição em prol da saúde. O Ministério da Saúde celebra junto os 30 anos do CONASS e uma história de parceria na defesa do SUS!

Alexandre Padilha

Ministro da Saúde e Presidente do Conselho Nacional de Saúde



Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Ao completar seu 30º aniversário, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde demonstra, cada vez mais, o compromisso com a construção e a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) voltado sempre à melhoria da saúde do povo brasileiro, e evidencia a junção de esforços de gestores da saúde na superação das grandes dificuldades para a efetivação dos princípios constitucionais da integralidade e da universalidade.

Tendo a certeza de que a experiência democrática desses 30 anos o qualifica como um dos principais atores estratégicos do Sistema, enfatizamos a importante aliança que une o CONASS e o Conasems, que lograram um nível de articulação sem precedentes, em que os embates não geraram crise, mesmo no âmbito da discussão e na construção das políticas de saúde. Neste momento, é importante lembrarmos juntos as grandes lutas e celebramos as muitas vitórias e avanços do nosso SUS, atuação concreta e coordenada pelas duas entidades ao longo da história.

Essa intensa parceria entre o CONASS e o Conasems mostrou-se, muitas vezes, nos diferentes momentos em defesa do SUS, como, por exemplo, as discussões da Noas e a proposição da política de recursos humanos, além de, eventualmente, o enfrentamento de embates com o Ministério da Saúde e outros órgãos da administração federal, sempre tendo como motivação a garantia de recursos para a saúde.

Dessa forma, o CONASS tornou-se de grande relevância política, institucional e técnica para a construção, a formulação e a implementação das políticas públicas de saúde, reforçando ainda mais a sua importância como um dos tripés de sustentação do SUS.

Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do Conasems



Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)

Na última década, a Opas tomou consciência de que o Ministério da Saúde não é o único ator do SUS. Ele é o ator principal, mas não é o único e, com isso, as atividades de cooperação com os estados ganharam relevância, pelo entendimento de que o papel do estado no desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro é fundamental.

A cooperação direta com o CONASS sempre foi boa e foi se fortalecendo ao longo do tempo, com o Julio Soarez, que me antecedeu. A aproximação que já acontecia também se solidificou mais ainda porque a saúde nos estados se fortaleceu, ou seja, foi um processo de fortalecimento dos estados que puxou a Opas para essa parceria com o CONASS.

A partir do ano de 2010, começamos uma colaboração formal com o CONASS, por meio de um termo de cooperação que foi financiado pelo Ministério da Saúde, no qual a Opas e o CONASS têm um plano de trabalho discutido conjuntamente. Nele temos uma série de atividades que são realizadas por meio da Opas como entidade que é responsável pela execução material do projeto. Tudo isso gera inúmeras oportunidades novas. No âmbito dessas novas perspectivas que foram abertas pelo termo de cooperação com o CONASS, nós identificamos algumas áreas de grande relevância de interesse para ambas as partes, entre elas o tema da inovação na gestão. A partir do entendimento de que o Brasil é um país continental e altamente descentralizado, nós sabemos que há boas práticas de gestão que são originais, interessantes e que estão em desenvolvimento simultaneamente em diferentes lugares e em intensidades diferentes dependendo do contexto no qual elas se realizam. Foi, então, que nós focamos especificamente algumas áreas dentro dessa possibilidade de inovação de construção de novos sistemas, e uma delas que nesse momento é central na cooperação entre a Opas e o CONASS é o tema de organizar o serviço para enfrentar as condições crônicas.

É importante ressaltar que não é papel da Opas avaliar o que o Brasil está fazendo e dizer se está bom ou ruim. O nosso papel, nessa cooperação, é observar, analisar o que está sendo feito e valorizar todas as coisas interessantes para os outros países.

Nós temos de procurar boas práticas, procurar talentos, a criatividade dos gestores, onde está havendo desenvolvimento, e valorizar isso como exemplo para outros. E é o que estamos fazendo junto com o CONASS.

Hoje, a meu ver, o grande projeto que estamos tocando juntos é o Laboratório de Inovações sobre Condições Crônicas, no qual a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sobre o manejo das condições crônicas na Atenção Primária está sendo acompanhada pelo Laboratório de Inovações, conduzido pela Opas e pelo CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde, do Conasems e da Secretaria de Saúde do Paraná. Apesar de o Ministério da Saúde ter bom plano para o enfrentamento das doenças crônicas, na perspectiva técnica, eu diria que, no Brasil, essa é a experiência mais interessante que estamos fazendo.

Além disso, esse projeto mostra também a grandeza do CONASS que, apesar de ser dos estados, faz um projeto que valoriza um município. Isso mostra a responsabilidade da instituição para com o SUS e não somente com a saúde nos estados.

Ainda na perspectiva técnica, tivemos muitos progressos em áreas como a de cooperação tradicional entre a Opas e o CONASS. As Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) foram mantidas e a atuação do CONASS nesse tema foi determinante.

Também tivemos um avanço significativo no tema da violência, que é outra marca dessa cooperação. E, finalmente, na perspectiva da saúde nos estados e do tema da gestão, o projeto do Laboratório de Inovações representa um salto de qualidade, no sentido de que entramos em uma dimensão técnica de grande inovação.

Esses três temas, nessa sequência histórica, caracterizam essa parceria com o CONASS que tem muitas outras atuações em situações específicas, mas, a meu ver, essas são, obviamente, as temáticas que dizem muito mais respeito ao SUS em si, às suas peculiaridades, ao Brasil. São temas universais e interessantes em todos os países.

Renato Tasca
Coordenador da Unidade Técnica

EX-PRESIDENTES DO CONASS



Eugênio
Pacceli (TO)
2009



Osmar Terra (RS)
2007 a 2009



Jurandi
Frutuoso (CE)
2006 a 2007



Marcus
Pestana (MG)
2005 a 2006



Gilson Cantarino
O'Dwyer (RJ)
2003 a 2005



Fernando
Cupertino (GO)
2000 a 2003



Anastácio
Queiroz (CE)
1999 a 2000



Tancredo
Soares (AM)
1999



Júlio Müller (MT)
1998 a 1999



Rafael Guerra (MG)
1997 a 1998



Armando
Raggio (PR)
1996 a 1997



José Wanderley
Neto (AL)
1995 a 1996



Danilo Campos (PE)
1994 a 1995



Benício
Sampaio (PI)
1992 a 1994



Zuca Moreira (PB)
1992



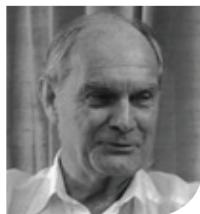
Lúcio
Alcântara (CE)
1991 a 1992



Luiz Gonzaga
Bulhões (RN)
1990 a 1991



Pedro Melo (RN)
1990



Nelson Rodrigues
dos Santos (SP)
1989 a 1990



Antenor Ferrari (RS)
1988 a 1989



Luiz Umberto (BA)
1987 a 1988



Laércio
Valença (DF)
1987



Ronei Ribeiro (GO)
1985 a 1987



Luiz Eduardo
Carneiro (PA)
1984 a 1985



Leônidas
Ferreira (RN)
1983 a 1984



Germano
Bonow (RS)
1983



Adib Jatene (SP)
1982 a 1983





PROMOVENDO SAÚDE PARA TODOS OS BRASILEIROS

É missão do CONASS 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.

Lei Complementar n. 141 de 2012

Conheça os principais pontos da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29

Publicada em 16 de janeiro deste ano, a Lei Complementar n. 141/2012 foi sancionada pela presidente da República, Dilma Rousseff, com diversos vetos entre os quais se destacam aqueles que instituíam a Contribuição Social para a Saúde (CSS), com a finalidade de financiar ações e serviços públicos de saúde.

A assessoria técnica e jurídica do CONASS, por meio da Nota Técnica n. 06/2012, detalhou a normativa, da qual apresentamos os principais pontos a seguir:

A LEI REGULAMENTA

- regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos 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 n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n. 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

INSTITUI

- o valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, DF e aos municípios/e dos estados aos municípios, visando à progressiva redução de disparidades regionais;
- normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas: federal, estadual, distrital e municipal.

DEFINE DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I – sejam destinadas às ações e aos serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente da Federação; e
- III – sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

VEDAÇÃO LEGAL PARA DESPESAS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V – saneamento básico, até mesmo quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII – ações de assistência social;
- IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

DA APLICAÇÃO DE RECURSOS PELOS ENTES FEDERATIVOS

União: o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Estados e o Distrito Federal: 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos de base estadual.

Municípios e o Distrito Federal: 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos de base municipal.

DA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DA UNIÃO

Metodologia pactuada na CIT e aprovada no CNS, anualmente, acerca das transferências de custeio; as transferências de investimento devem visar prioritariamente às reduções das desigualdades regionais para a garantia de integralidade; as transferências serão fundo a fundo, e os convênios serão celebrados excepcionalmente.

DA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DOS ESTADOS

Metodologia pactuada na CIB e aprovada no CES, anualmente, acerca das transferências de custeio; as transferências de investimento devem visar prioritariamente às reduções das desigualdades regionais para a garantia de integralidade; as transferências serão fundo a fundo, e, excepcionalmente, serão celebrados convênios.

EXIGÊNCIAS PARA A TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO

As exigências para a transferência de recursos fundo a fundo destinados ao custeio (consideradas obrigatórias) são funcionamento do conselho de saúde, do plano de saúde e do fundo de saúde.

DIFERENÇAS APURADAS

Diferença apurada em determinado exercício (% obrigatório) será acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

COMPETÊNCIA PARA AFERIÇÃO DA APLICAÇÃO DO % OBRIGATÓRIO

Compete ao Tribunal de Contas a verificação da aplicação dos recursos mínimos obrigatórios.

PLANEJAMENTO

O processo de planejamento e orçamento será ascendente, os planos e as metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e as metas estaduais, os planos e as metas estaduais constituirão a base para o plano e as metas nacionais e caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

TRANSPARÊNCIA E VISIBILIDADE

União, estados, Distrito Federal e municípios darão ampla divulgação, até mesmo em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, asseguradas inclusive a participação popular e a realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

PRESTAÇÃO DE CONTAS

- a prestação de contas apresentará os dados do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (Rereo) – que será publicado a cada dois meses – e constará dos balanços do Poder Executivo.
- a cada quatro meses os gestores deverão elaborar relatório detalhado que indique montante e fonte dos recursos, auditorias realizadas, oferta e produção na rede assistencial e indicadores de saúde – conforme padronização a ser apresentada pelo CNS.
- o Relatório de Gestão será enviado ao Conselho de Saúde, até 30 de março de cada ano, para emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas da LC.
- o Siops deverá ser obrigatoriamente preenchido a cada ano.
- nos meses de maio, setembro e fevereiro, deverá ser realizada audiência pública em Casa Legislativa para apresentação das contas ao Poder Legislativo.

DA FISCALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE

- **Tribunais de Contas:** aferirão o cumprimento da LC n. 101/2000, art. 198 da CF e LC n. 141/2012 – sendo obrigação de União, estados, Distrito Federal e municípios disponibilizar informações sobre o cumprimento da LC, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização. Quando constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dada ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.
- **Poder Legislativo:** (auxiliado por tribunais de contas, sistema de auditoria do SUS, órgão de controle interno e conselho de saúde de cada Ente da Federação) fiscalizará: – Plano de Saúde Plurianual; – cumprimento das metas estabelecidas na LDO; – aplicação dos recursos; – transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; – aplicação dos recursos vinculados ao SUS; – destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.
- **Ministério da Saúde:** por meio de sistema eletrônico (Siops) que tenha informações sobre orçamentos, execução e acesso público às informações. Os registros e a atualização serão obrigatórios, mediante processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação de dados, com realização de cálculos automáticos e módulo específico a ser preenchido pelos Tribunais de Contas. O Siops será integrado ao Siafi para controle das transferências da União. Será atribuída ao gestor declarante a responsabilidade pela fidedignidade dos dados – que terão fé pública. Caberá ao MS o estabelecimento de prazos e regras de funcionamento e os resultados do monitoramento e avaliação serão parte integrante do relatório de gestão de cada Ente Federado. Nos casos em que o MS detectar o descumprimento do disposto, serão comunicados: direção local do SUS, auditoria, conselho de saúde, Ministério Público, controle interno e externo do respectivo Ente. O descumprimento também implicará a suspensão das transferências voluntárias.
- **Conselhos de Saúde:** Os Conselhos de Saúde avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao chefe do Poder Executivo do respectivo Ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.
- **Auditoria:** Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento da LC, verificar a veracidade das informações do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde.

COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE UNIÃO, ESTADOS, DF E MUNICÍPIOS

A União prestará cooperação técnica e financeira a estados, Distrito Federal e municípios para a implementação das transferências fundo a fundo, modernização dos respectivos fundos de saúde, processos de educação na saúde, transferência de tecnologia visando à operacionalização do SIOPS, formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e dos serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde. Prestará também cooperação financeira com a entrega de bens ou valores e financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

RESPONSABILIZAÇÃO

As infrações dos dispositivos desta LC serão punidas segundo o Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei n. 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei n. 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei n. 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Tendo em vista a relevância do tema e a necessidade de debatê-lo com as Secretarias de Estado da Saúde, o CONASS realizou, no dia 6 de março, uma reunião da Câmara Técnica de Gestão e Financiamento na qual estiveram presentes, além de secretários de Estado da Saúde e suas equipes, representantes das Secretarias Estaduais de Fazenda, de Planejamento, Procuradorias Gerais, assessores jurídicos, especialistas em orçamento, planejamento e gestão públicas, somando aproximadamente 200 pessoas que expuseram olhares e interpretações distintas relacionadas às suas realidades regionais.

Leia matéria a respeito do encontro nas próximas páginas.

Lei n. 141 e seus principais aspectos discutidos em encontro

PROMOVIDO PELO CONASS

ADRIANE CRUZ
INFORMAÇÕES TÉCNICAS:
ALETHELE SANTOS¹

Foi publicada no dia 13 de janeiro deste ano a Lei Complementar n. 141, que regulamenta a Emenda Constitucional n. 29, com a definição sobre a aplicação de recursos em ações e serviços de saúde por parte da União, dos estados e do Distrito Federal e dos municípios brasileiros. Ela também estabelece critérios de rateio de recursos e transferências para a saúde, assim como para fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas de governo e revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de setembro de 1990, e n. 8.698, de julho de 1993.

A publicação desta Lei representa um momento simbólico para o Sistema Único de Saúde (SUS), por conta do tempo esperado para que a regulamentação da EC n. 29 acontecesse, por todas as mudanças pelas quais passou dentro de diversos contextos e cenários políticos e, principalmente, pelo texto finalmente aprovado.

A grande expectativa de gestores, profissionais da saúde e parlamentares que atuam junto ao setor e também da sociedade é que esta normativa trouxesse mais recursos para a saúde pública brasileira. O pleito de que a União destinasse 10% de suas receitas correntes brutas para a saúde não foi atendido. Em relação à alocação financeira, foram mantidos os padrões já identificados para todos os Entes Federativos, ou seja, 12% dos impostos arrecadados nos estados, 15% dos impostos arrecadados nos municípios e o montante do valor empenhado no exercício financeiro anterior somado do percentual correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) da União.

Considera-se que houve ganho com a identificação das despesas que podem ser consideradas como ações e serviços de saúde, tendo em vista que a normativa legal específica as interpretações a serem feitas de agora

¹ Assessora jurídica do CONASS



.....
Composição da mesa, da esquerda para a direita: Jorge Solla, Jorge de Souza Villas Boas, Beatriz Dobashi, Waldson Souza e Alethele Santos

em diante sobre a tipificação das despesas pelos responsáveis pela fiscalização dos Entes (conselhos de saúde, tribunais de contas, Ministério Público, entre outros).

Por outro lado, a interpretação da Lei – que trouxe alterações da ordem jurídica, técnica e organizativa para as três esferas de gestão do SUS – é alvo de muitas dúvidas. Para os gestores, o maior questionamento é quanto aos prazos de implementação dos dispositivos que alteraram o planejamento da saúde, a apresentação de documentos oficiais, a realização de audiências públicas para a elaboração dos planos de saúde, entre outros itens.

Diante dessas e de outras indagações, com o objetivo de promover uma discussão qualificada e ouvir as interpretações dadas por outros Entes que participam direta ou indiretamente da gestão do SUS, o CONASS promoveu uma reunião ampliada da Câmara Técnica de Gestão e Financiamento (CTGF), convidando para o debate representantes do Ministério da Saúde e especialistas em orçamento público.

Além de secretários de Estado da Saúde e suas equipes técnicas, participaram do encontro, realizado no dia 6 de março de 2012, em Brasília, representantes das Secretarias Estaduais de Fazenda, de Planejamento, Procuradorias Gerais, assessores jurídicos, especia-

listas em orçamento, planejamento e gestão públicas, somando aproximadamente 200 pessoas que expuseram olhares e interpretações distintas relacionadas às suas realidades regionais.

A presidente do CONASS, Beatriz Dobashi, considerou oportuna a realização do encontro no sentido de facilitar o debate e a execução da Lei nos estados. “A CTGF sempre foi um espaço do CONASS no qual os estados discutem pautas estratégicas para a gestão do SUS. E este tema é motivo de grande preocupação não só para os gestores estaduais, como para os municipais e para o Governo Federal. Embora seja um instrumento esperado, muitas coisas colocadas na Lei não têm aplicabilidade imediata em razão do *status quo* do financiamento e dos instrumentos de planejamento e de gestão da saúde como um todo”, ressaltou.

Jorge Solla, secretário de Estado da Saúde da Bahia, avaliou como “produtiva” a reunião por conta da participação de diversas secretarias o que, segundo ele, possibilitou o aprofundamento do debate acerca da Lei. “Identificamos, obviamente, algumas lacunas e surgiram dúvidas, mas acredito que isso fez que se consolidasse mais o patamar de que o CONASS pode trabalhar junto aos estados para dar continuidade a este debate”, disse.

Segundo o secretário de Estado da Saúde da Paraíba, Waldson Dias de Souza, o evento revela um conjunto de necessidades da gestão do SUS nos três âmbitos de gestão. “União, estados e municípios precisam se organizar para dar conta das demandas e o papel agregador do CONASS é fundamental para essa organização”, destacou.

Como o Ministério da Saúde vê a Lei

Durante o encontro, os participantes expuseram as preocupações de cada estado, apresentando interpretações e realidades distintas para o mesmo instrumento. Além disso, o Ministério da Saúde apresentou sua interpretação, sinalizando a dificuldades de cumprir a Lei de imediato. Definiu-se que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) será o espaço em que os três Entes Federados pactuem as definições relacionadas à normativa e reportem-se aos órgãos de controle no sentido de definir um período de “transição” para a efetiva aplicação da Lei.

O assessor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, José Carlos da Silva, disse que o Ministério da Saúde irá se posicionar após tratativas junto à outros órgãos a fim de chegar a um consenso de governo e que, por hora, foram instalados três grupos de trabalho para tratar da Lei. “Algumas coisas julgamos possíveis de implantar e outras fatalmente teremos de acordar um cronograma de implantação, inclusive com os órgãos de controle, porque não é possível adequar a Lei com o ciclo orçamentário. Talvez seja possível estabelecer algumas questões para 2013”, explicou.

Para José Carlos, a Lei apresenta um “conjunto de inconsistências do ponto de vista da técnica redacional”, com elementos que podem levar a diversas interpretações e que geram muitas dúvidas. “A compreensão dessa Lei vai nos demandar tempo porque, mesmo quando ela fixa prazo, existem dificuldades

de operacionalização. Vamos pedir a apreciação da AGU (Advocacia Geral da União), do ponto de vista jurídico, para nos posicionarmos como governo e abriremos essa questão com o fórum que reúne os secretários de Fazenda dos estados e dos municípios, pois acreditamos que essa discussão deve ser levada para fora do escopo da saúde, tendo em vista que os secretários de saúde, em seus espaços de construção de consensos de governo, precisam de aliança com a Fazenda.”

Sady Carnot Falcão Filho, consultor para Assuntos de Planejamento e Gestão do Orçamento, lembrou a luta pelo financiamento da saúde, desde os anos 1990, quando a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) dizia que 30% dos recursos da Seguridade Social teriam de ser aplicados em saúde. “Acho uma grande decepção a regulamentação da EC n. 29 porque lutamos tantos anos por mais recursos para o SUS imaginando que a Lei traria esses recursos. Mas o que ela trouxe em termos de financiamento foi a clareza da definição do que é ação e serviço público de saúde”, destacou.

O consultor jurídico do Ministério da Saúde, Jean Keiji Uema, acredita que as contribuições advindas do encontro serão úteis para o debate interno do Ministério da Saúde em relação à Lei e que algumas questões deverão ser definidas na CIT. Uema considera que a Lei apresenta problemas, no entanto diz se tratar de um “marco fundamental” na estruturação do SUS. “É difícil caracterizar o SUS no regime federativo. Muitos acreditam que ele é dirigido por uma cabeça única, o Ministério da Saúde. Eu acho que a Lei veio consagrar a autonomia dos Entes em vários dispositivos que precisamos considerar, começando pelo artigo 22, que diz que é vedado o não repasse dos recursos, acordando com o artigo 18, que trata da transferência automática e regular, reforçando a questão da autonomia desses Entes”, defendeu.

Secretários de Estado da Saúde e suas equipes e representantes das Secretarias da Fazenda e do Planejamento participaram da reunião



A união de esforços para interpretação e aplicação da Lei foi destacada durante a participação do diretor do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, André Luiz Bonifácio. Segundo ele, alguns critérios deverão ser trabalhados para definição da metodologia de aplicação da Lei: necessidade de saúde da população; dimensão epidemiológica; dimensão demográfica; dimensão socioeconômica; dimensão espacial; oferta de ações e serviços; perfil demográfico; perfil epidemiológico da população; característica quantitativa e qualitativa das ações de saúde; desempenho técnico econômico e financeiro; nível de participação do setor saúde no orçamento estadual; previsão de plano quinquenal de investimentos; ressarcimento de atendimento de serviços prestados; e critérios demográficos diferenciados. “A Lei nos coloca um processo inovador no sentido de que o planejamento levará a um diálogo muito próximo com os conselhos de saúde para elaboração de instrumentos como o plano, o relatório de gestão e a programação de saúde.”

O olhar dos estados

“O CONASS está de parabéns pela discussão que serviu para nortear, principalmente, em relação à execução direta pelo fundo, se vai haver transferência das fundações na administração indireta. Esse é um tema que muito preocupa os estados – essa operacionalização. **Ricardo Assis Alves Dutra (SES/MG)**

“Estamos nos deparando com o problema para acharmos soluções em consenso com os três Entes porque algumas questões ficaram apenas no âmbito ministerial, uma vez que estados e municípios não devem ser tratados de maneira diferenciada tendo em vista a circunstância de que todos são gestores nos seus níveis de responsabilidade territorial.

Muitas coisas terão de ser revistas, porque algumas legislações contrapõem a própria Lei n. 141 e também o Decreto n. 7.508. Outras precisam ser revogadas e rediscutidas, principalmente em relação aos prazos pois é impossível capilarizar as informações e a operacionalização para os municípios em um país com as dimensões do Brasil.

Existem muitas dúvidas e as respostas terão de ser construídas com outros Ministérios e até mesmo com o Congresso Nacional. Além disso, não houve avanço em termos de financiamento; pelo contrário, mostrou que de fato a Saúde não é prioridade no Brasil.” **Soraia Roger de Santana (SES/TO)**

“A discussão é fundamental para tentarmos corrigir possíveis problemas futuros e ganhar tempo nos antecipando a eles. Os consensos estão sendo construídos com tranquilidade e acredito que assim iremos avançar de forma mais firme com os pactos que vêm pela frente por meio de contrato, obedecendo à Lei, profissionalizando a gestão. É necessário a gente ter uma base muito firme e o que estamos procurando é exatamente isso.” **Joellyngton Medeiros (SES/AL)** ■

ELEITA A NOVA DIRETORIA DO CONASS PARA A GESTÃO 2012/2013

TATIANA ROSA

A nova diretoria do CONASS para a gestão 2012/2013 foi eleita no último dia 21 de março, em Brasília, durante a Assembleia do CONASS.

O secretário de Estado da Saúde do Amazonas, Wilson Duarte Alecrim, foi eleito presidente do Conselho e falou sobre o desafio de estar à frente da instituição, ressaltando que sua gestão será pautada pelo trabalho conjunto com os demais secretários de Estado da Saúde. “Ao colocar meu nome para a presidência do CONASS, o faço com a disposição de trabalhar com todos os secretários, apoiado pela secretaria executiva e pelo corpo técnico para que o CONASS possa continuar prestando esse grande e inestimável serviço à política de saúde do país.”

Alecrim disse ainda que o debate respeitoso e a discordância fundamentada serão importantes ferramentas para fortalecer a democracia e serão peças fundamentais em seu trabalho.

O secretário de saúde do Amazonas disse não ter uma proposta de trabalho pronta e acabada, pois deseja construí-la após a posse da nova diretoria. “Penso que, logo após a posse, possamos construir junto com os vice-presidentes, com o secretário executivo e

com os técnicos do CONASS uma Agenda de Prioridades que será apresentada na Assembleia para discussão e aprovação, constituindo-se na linha mestra de atuação coletiva”, afirmou.

No entanto, Alecrim citou alguns pontos que pretende trabalhar em sua gestão, por considerá-los importantes para a organização do SUS, como a Lei Complementar n. 141/2012; o Decreto n. 7.598/2011; a Lei n. 12.401/2011; entre outros.

Para a então presidente do CONASS, Beatriz Dobashi, a eleição de Alecrim para o cargo ocupado por ela, há mais de dois anos, foi uma escolha acertada. “Fico muito contente com a eleição do Alecrim, pois é uma pessoa que conhece bem o CONASS, conhece bem as teses da gestão da saúde no estado e no município e tem muita capacidade de liderança e de formulação de propostas. Acho que vamos ficar em boas mãos”, disse.

Dobashi falou sobre a experiência de ter dirigido o Conselho, desde outubro de 2009. “Foi uma honra muito grande estar na presidência do CONASS até hoje. Nesse período, tive uma experiência profissional e de vida muito rica. Uma convivência profícua, uma oportunidade ímpar de conhecer as experiên-



cias, as dificuldades, os avanços, os desafios de todos aqui.”

Reforçando a linha de atuação coletiva, já citada por Alecrim, Dobashi ressaltou: “todos os avanços que o CONASS conseguiu são frutos de um trabalho coletivo. Embora nós tenhamos essa estrutura de presidência e vice-presidências, quero deixar claro que todas as nossas conquistas são coletivas e é muito importante que a gente continue assim e não tenha nada centrado na figura da presidência, porque a nossa construção é coletiva, o grupo tem de continuar coeso e unido em torno das teses que são importantes para a gestão estadual da saúde”, finalizou.

A posse da nova diretoria para a gestão 2012/2013 acontecerá, em Brasília, no dia 24 de abril e fará parte das comemoração dos 30 anos do CONASS.

Presidente

Wilson Alecrim – Amazonas

Vice- Presidentes

Região Centro-Oeste:

Beatriz Dobashi – Mato Grosso do Sul

Região Nordeste:

Domício Arruda – Rio Grande do Norte

Região Norte:

Hélio Franco de Macedo Júnior – Pará

Região Sudeste:

Sérgio Côrtes – Rio de Janeiro

Região Sul:

Ciro Simoni – Rio Grande do Sul

Comissão Fiscal

Titulares:

Lilian de Almeida Nunes Martins – Piauí

Waldson Dias de Souza – Paraíba

Lineu Facundes – Amapá

Suplentes:

Michele Caputo Neto – Paraná

Raimundo José Arruda Bastos – Ceará

Nicolau Esteves – Tocantins

Representantes do CONASS

Hemobrás

Antônio Carlos Figueira – Pernambuco

Anvisa

Michele Caputo Neto – Paraná

Viviane Rocha de Luiz – CONASS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Raimundo José Arruda Bastos – Ceará

CONASS COMEMORA 30 ANOS COM UMA SÉRIE DE ATIVIDADES

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde completa, em 2012, 30 anos. Ciente do seu papel fundamental de ator na consolidação do Sistema Único de Saúde, o CONASS irá comemorar a data com a realização do Seminário Internacional *Atenção Primária à Saúde – Acesso Universal e Proteção Social*.

Com a participação de palestrantes internacionais e nacionais e diversas autoridades, o evento irá debater a Atenção Primária à Saúde sob a ótica de que ela é eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial, para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde equânime e universal e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira.

Além disso, o CONASS promoverá também a *1ª Mostra Nacional de Redes de Atenção à Saúde: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde*. O objetivo é reunir e divulgar as experiências brasileiras com organização de redes regionais de atenção à saúde. A Mostra visa propiciar a apresentação de práticas bem-sucedidas e das dificuldades encontradas, no intuito de contribuir para o avanço na organização de sistemas regionais de saúde, tornando-os mais integrados e coordenados.

Veja a programação completa nas páginas a seguir.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – ACESSO UNIVERSAL E PROTEÇÃO SOCIAL

ACOMPANHE DURANTE O SEMINÁRIO INTERNACIONAL A
1ª MOSTRA NACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
O ESTADO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

CONASS **30** ANOS

PROGRAMAÇÃO

Dia 24 de abril de 2012

14h – Abertura

14h30 – Mesa 1: Atenção Primária à Saúde e a Seguridade Social

Coordenação: Secretário Estadual de Saúde
Palestrantes: Sonia Fleury e Michael Rachlis
Debatedor: Jairnilson Paim

16h – Mesa 2: Atenção Primária à Saúde no modelo de atenção às condições crônicas

Coordenação: Secretário Estadual de Saúde
Palestrantes: Alberto Barceló e Alexandre Padilha
Debatedor: Eugênio Vilaça Mendes

Debate

19h30 – Solenidade de comemoração dos 30 anos do CONASS e posse da diretoria 2012/2013

Lançamento de Publicações

Livro: "O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família", de Eugênio Vilaça Mendes

CONASS Documenta n. 24 – Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

Revista Consensus n. 3 – Edição Comemorativa dos 30 anos do CONASS

Dia 25 de abril de 2012

9h30 – Mesa 3: Atenção Primária à Saúde e os determinantes sociais da saúde

Coordenação: Conasems
Palestrantes: Sonia Dias e Alberto Pellegrini
Debatedor: Jacobo Finkelman

Debate

Lançamento de Publicações

Livros: "Mulheres na Saúde: Vozes Coletivas, Imagens Singulares. 20 Anos do Pacs no Brasil" e "A Saúde em Construção: Das Imagens às Palavras – Encontro Entre Gerações", de Maria Fátima de Sousa

14h – Mesa 4: Atenção Primária à Saúde e os objetivos de desenvolvimento do milênio

Coordenação: Conasems
Palestrantes: Julio Manuel Suárez e Gary Stahl
Debatedor: Opas

Debate

Encerramento



OS *Financiam Universal a*

As disputas por recursos financeiros para o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde sempre estiveram muito presentes desde a criação do SUS, em 1988. A história de embates no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa antes e durante os anos 2000, após a aprovação da Emenda Constitucional n. 29. Revela-se um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes, o que se poderia denominar de “anos de chumbo” do financiamento do SUS. Iniciamos a década de 2010 sem resolver esses grandes conflitos, na medida em que a Lei n. 141/2012 não assegurou novos recursos financeiros para a saúde universal, especialmente por parte da União.

ANOS DE CHUMBO DO *entanto da Saúde* *pós a EC n. 29*

ÁQUILAS MENDES¹

Este artigo procura identificar os conflitos que estiveram presentes nas bases de financiamento do SUS, particularmente, no período de regulamentação da Emenda Constitucional n. 29. O artigo está estruturado em duas partes. A primeira parte analisa a permanência das tensões no financiamento do SUS ao longo de oito anos de conflitos entre o advento do projeto de regulamentação da EC n. 29, em 2003, até a aprovação de sua regulamentação em 2011. A segunda parte trata de explicitar a continuidade das incertezas do financiamento, mesmo com o projeto de regulamentação da EC n. 29 aprovado, sob a Lei Complementar n. 141, de janeiro de 2012. Por fim, nas considerações finais, são apresentadas algumas propostas que podem contribuir para um debate, ainda, necessário, sobre o futuro financiamento do SUS.

¹ Professor Doutor de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Departamento de Economia da PUC-SP.

1. Os conflitos no financiamento do SUS no período de regulamentação da EC29

As disputas por recursos foram presentes antes e após o estabelecimento da EC n. 29, isto é, no seu período de regulamentação. A luta do SUS por recursos financeiros já vem de muitos anos. No entanto, o importante é assinalar aqui, de forma mais geral, os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica restritiva dos governos após o Plano Real, refletindo na menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. A política macroeconômica dos governos Fernando Henrique Cardoso e, mais recentemente, durante os governos Lula, determinou os constrangimentos do financiamento do SUS por meio da manutenção do cumprimento das metas de inflação, com a permanência de altas taxas de juros, e de ajustes das contas externas, exigindo sempre superávits primários altos, o que foi resultando em várias tentativas de diminuição dos gastos públicos sociais e da saúde. As tensões entre as forças políticas que defendem o “princípio da construção da universalidade”, de um lado, assim como os que insistem no “princípio da contenção de gastos”, de outro, estiveram muito ativas ao longo dos governos Lula (2003 a 2010) e do período de regulamentação da EC n. 29, em que, na realidade, coincidem.

Mesmo com essa visão oficial contrária à EC n. 29, a avaliação é que a sua aprovação permitiu que o gasto do SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 4,0% do PIB, em 2009, ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral (SERVO *et al.*, 2011). No entanto, o gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse o nível desses países, precisaria quase dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de se equiparar à média dos países europeus, isto é, 6,7% (WHO, 2008).

No caso brasileiro, é significativo considerar, também, na avaliação do gasto público, o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, que é aplicada sobre despesas com Plano de Saúde e/ou médicas e similares. Além disso, há de se acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por intermédio de seus medicamentos. Nota-se que o total desses benefícios tributários à saúde privada vem crescendo de forma considerada. Registre-se: R\$ 7,8 bilhões, em 2007; passando para R\$ 12,4 bilhões, em 2010, sendo que as estimativas para 2011 indicam a continuidade do crescimento, R\$ 13,5 bilhões (CARVALHO, 2011). Sem dúvida, essa situação nos remete

à problemática relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento da saúde universal, e, ao mesmo tempo, suas consequências em relação à temática da equidade, tão importante para a sobrevivência do SUS.

A regulamentação da EC n. 29 ficou pendente por quase oito anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS e enfraquecimento do consenso obtido, quando de sua aprovação. De acordo com o Siops, a diferença entre o valor mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado pela União, entre 2000 e 2009, atinge cerca de R\$ 6 bilhões (PIOLA, 2010).²

A regulamentação da EC n. 29 não se revelou uma prioridade nos governos Lula. Isso porque a política macroeconômica implementada pelos seus dois governos tinha como objetivo central o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de elevados superávits primários, resultando em constante pressão para que o gasto público social fosse diminuído. A inclusão da EC n. 29 na pauta do Congresso, em abril de 2006, deveu-se tão somente devido à ação da Frente Parlamentar da Saúde.

O interesse do governo em relação à EC n. 29 somente se manifestou quando da discussão sobre a continuidade da CPMF, ao fim de 2007. Nessa ocasião, ele apresentou uma contraproposta ao PLP n. 1/2003 em que, no

lugar de garantir para a Saúde um percentual mínimo das receitas de seu âmbito, propunha um acréscimo escalonado da participação da CPMF em seu financiamento. Pensava o governo que essa imbricação entre a continuidade da CPMF e o financiamento da Saúde iria assegurar a prorrogação dessa contribuição. Mas já que o Senado não aprovou a CPMF, a proposta do governo não teve prosseguimento.

Em abril de 2008, projeto similar ao PLP n. 1/2003 da Câmara, no Senado – PLS n. 121/2007 –, foi aprovado com modificações importantes. A fórmula de cálculo para aplicação do governo federal, de no mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), foi alterada por meio da criação de um escalonamento ao longo de quatro anos, sendo que seriam aplicados 8,5% dessa receita, no primeiro ano, passando para 9%, no ano seguinte, e 9,5%, e 10% nos seguintes, respectivamente. Mas sua aplicação resultaria no aumento do gasto SUS de menos de 1% do PIB.

O projeto de regulamentação da EC n. 29 (PLS n. 121/2007) foi para aprovação na Câmara sob nova denominação: PLP n. 306/2008. Ao receber esse projeto, a Câmara encaminhou um substitutivo global a ele, no qual novamente introduzia a correção dos recursos da União pela variação nominal do PIB. Além disso, resgatou a ideia de uma CPMF, porém, nesse momento, como Contribuição

² Se a isso se soma o montante cancelado de Restos a Pagar, de R\$ 2,6 bilhões, e se os gastos registrados indevidamente como SUS forem subtraídos, tais como Bolsa Família, ações e serviços de saúde para servidores e Farmácia Popular, a diferença alcança R\$ 6 bilhões.

Social para a Saúde (CSS), isto é, com a mesma base tributária que a CPMF, só que com alíquota de 0,10% e não mais 0,38%. Se a CSS fosse aprovada, sua arrecadação estimada seria de R\$ 12,5 bilhões. Mas, desse montante, era necessário subtrair 20% da DRU e os R\$ 7 bilhões devidos ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (previsto no projeto). Desse modo, o orçamento do MS de 2010 passaria de R\$ 62,5 bilhões para R\$ 66,5 bilhões, com valores bastante inferiores ao projeto original do Senado (PLS n. 121/2007) (CARVALHO, 2011).

O projeto da Câmara PLP n. 306/2008 foi votado no primeiro semestre de 2008, ficando apenas na dependência da votação de um destaque que retirava do texto a CSS, sob a justificativa manifestada pela oposição ao governo Lula que se tratava do retorno da CPMF. Esse destaque permaneceu e a CSS foi derrotada. Finalmente, com a ida desse projeto da Câmara ao Senado, tem-se a aprovação da regulamentação da EC n. 29 nessa última casa legislativa. Tal aprovação somente ocorreu em dezembro de 2011, já no fim do primeiro ano do governo de apoio do presidente Lula, agora sob o comando da presidente Dilma Rousseff. Contudo, da maneira como foi aprovada a regulamentação, isto é, a Lei Complementar n. 141/2012, as incertezas no financiamento permanecem.

2. As incertezas do financiamento do SUS prosseguem com a Lei Complementar n. 141/2012

A recente aprovação da regulamentação da EC n. 29, a Lei Complementar n. 141/2012, que, entre vários aspectos, assegura a vinculação de recursos fiscais para o setor saúde, levou a que muitos festejassem o início de um novo período próspero de recursos para o SUS. Entende-se que ela não chega a resolver o problema da insuficiência de recursos da área, tampouco sua relação com as diversas fontes da Seguridade Social.

É possível dizer que essa regulamentação constitui uma grande derrota para o financiamento das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum novo recurso foi, de fato, destinado para garantir a universalidade da saúde.

O projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS n. 127/2007), e não aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da RCB), poderia ter acrescentado para o orçamento do Ministério da Saúde de 2011 o correspondente a cerca de R\$ 32,5 bilhões (MARQUES; MENDES, 2012). Por sua vez, os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde diminuíram em relação às receitas correntes brutas da União, após 1995. Representaram, em média, 8,37% da RCB no período 1995 a 2001, reduzindo-

-se, no período de 2002 a 2009, para 7,1% da RCB, na média (PIOLA, 2010). Infelizmente, se manter essa tendência, o SUS permanecerá com recursos insuficientes para assegurar a sua implementação de acordo com as necessidades de saúde da população.

Um dia depois de definido que o SUS não contaria com maiores recursos, o governo conseguiu aprovar no Senado, no mesmo mês de dezembro de 2011, o projeto que propunha a continuidade da DRU até 2015, dando continuidade a que 20% das receitas da seguridade social fossem dirigidos a outras finalidades, tais como o pagamento dos juros da dívida aos rentistas do capital financeiro e a manutenção do superávit primário.³ O governo Dilma considerou a votação da prorrogação da DRU como a mais importante do ano, na medida em que, segundo seu argumento, seus recursos contribuirão para defender a economia brasileira da crise mundial. Nessa argumentação, o governo esqueceu-se do papel exercido pelas políticas sociais como sustentador da demanda efetiva, no qual a garantia das ações e dos serviços do SUS tem grande efeito multiplicador.

A Lei Complementar n. 141/2012, por melhores que tenham sido as intenções de seus proponentes originais, apenas sancionou o comprometimento atual dos estados e dos municípios. Mediante a manutenção da

base de cálculo anterior da União (EC n. 29), isto é, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal, abriu-se mão de assegurar maior responsabilidade dessa esfera na sustentabilidade do SUS. Afinal, ninguém espera que fontes alternativas de financiamento sejam aprovadas no curto prazo. Enquanto isso, apenas nos resta exigir que a Lei n. 141/2012 coloque um fim à acirrada luta para que os recursos aplicados pelos governos federal, estadual e municipal sejam realmente dirigidos às ações e aos serviços de saúde, buscando diminuir os conflitos que já mencionamos. Isso porque, a partir dessa lei, ficam definidos, uma vez por todas, as despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e aquelas que não se enquadram nesse conceito (artigos 2º a 4º). Agora, tudo indica que a luta entre as secretarias de saúde e as secretarias de finanças deve diminuir de forma significativa.

Outro ponto importante aprovado pela Lei n. 141/2012 refere-se à definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos municípios. Aprimoraram-se os critérios de transferências com base na redução das disparidades regionais de saúde (arts. 17 e 19). Devem ser respeitadas as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e

³ De acordo com a Anfip (2011), 2009 foi o único ano em que a DRU superou o saldo positivo da seguridade social (R\$ 32,9 bilhões), correspondendo a R\$ 38,8 bilhões. Não resta dúvida de que as áreas da seguridade social perdem muito com a DRU. Os dados publicados também revelam estimativas do total de recursos desvinculados entre 1995 e 2010 em torno de R\$ 467,0 bilhões.

de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, complementados pelo art. 35 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Contudo, esse deverá ser um embate nas discussões da Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites, a fim de que esses critérios possam ser mais bem dimensionados e mensurados.

Diante da permanência das incertezas no financiamento do SUS, uma tarefa seria a de repensar a retomada da correlação de forças pelo lado do movimento em defesa do “princípio da construção da universalidade”. Isso significa começar um debate sobre possíveis fontes alternativas de financiamento para a saúde universal, apresentando algumas propostas que se pautem pela análise feita neste artigo.

Considerações finais e propostas para o debate voltado ao financiamento do SUS

Diante da predominância de políticas macroeconômicas neoliberais adotadas pelos governos FHC e mantidas pelos governos Lula, a trajetória do financiamento da Seguridade Social, em geral, e do SUS, em particular, tem permanecido completamente repleta de tensões. Não foi à toa que o tema do financiamento foi destaque na agenda de problemas

no âmbito da saúde universal, mesmo após o advento da EC n. 29.

As possibilidades de valorização do financiamento do SUS universal podem ser alcançadas por outros percursos. Trata-se da busca pela construção de consensos relacionados às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas. Nessa perspectiva, sugerimos as seguintes propostas para o debate sobre o financiamento do SUS que certamente será presente na década de 2010.

Em primeiro lugar, sugere-se ampliar a defesa pela construção de uma política macroeconômica que supere o quadro da política mantida pelos governos Lula, ancorada no regime de metas para a inflação, enfrentando os interesses daqueles que se beneficiam dos juros elevados e da insensatez da valorização de nossa moeda. Para isso, será necessário reconhecer que as decisões das políticas econômicas procurem sempre privilegiar os objetivos sociais, no sentido de garantir uma proteção social (direitos sociais) de forma mais segura e definitiva, por meio de assegurar maior sustentabilidade financeira para a seguridade social e para o SUS.

Em segundo lugar, busca-se perseguir a defesa pela meta de aplicar, no mínimo, 6,7% do PIB em saúde pública, garantindo a universalidade da saúde (SUS).

Em terceiro lugar, ao se levar em consi-

deração a fase atual do capitalismo de dominância financeira, propõem-se instrumentos de tributação da esfera financeira para o alargamento do financiamento do SUS: a) ampliação da alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9%); b) aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF); c) tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação; e d) estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social (projetos já existentes na Câmara Federal).

Em quarto lugar, espera-se conquistar o entendimento sobre o fim das isenções de Imposto de Renda das Pessoas Físicas nas despesas médicas e do Imposto de Renda das Pessoas jurídicas das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários. Considera-se, também, importante, no âmbito da renúncia fiscal, estabelecer uma política para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejuízo da capacidade do gasto do Estado, especialmente nas políticas de direitos sociais, como a saúde.

Em quinto lugar, salienta-se a necessidade de rejeitar a permanência da DRU, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira

do Orçamento da Seguridade Social.

Todas essas sugestões, acrescidas à garantia de um mínimo de compromisso do governo federal (que a proposta de regulamentação da EC n. 29 pressupunha ser de 10% de seus recursos), podem abrir caminho para o país, de fato, implantar a saúde universal, aproximando sua despesa, enquanto proporção do PIB, dos demais países que contam com um sistema público universal de saúde.

Referências bibliográficas

ANFIP. **Análise da Seguridade Social em 2010**. Brasília: Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, junho de 2011. Disponível em <<http://www.anfip.org.br>>. Acesso em 10 ago. 2011.

CARVALHO, Gilson. **SUS: sistema constitucional para garantir vida e saúde para o brasileiro**. Apresentação no Curso de Especialização de Direito Sanitário, Idisa. Campinas-SP, 2011.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**. Instituto de Economia da Unicamp, 2012. (no prelo).

PIOLA, Sergio. **Financiamento da seguridade social e do SUS: desafios e perspectivas**. Apresentação no Seminário: Perspectivas do Financiamento para o Acesso Universal da Saúde no Brasil, Faculdade de Saúde Pública da USP, em out. 2010.

SERVO, Luciana M. S.; PIOLA, Sergio. F.; PAIVA, Andréa; RIBEIRO, José Aparecido. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2008**. WHO Press, World Health Organization, 2008. ■

Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa
EITON MOREIRA OTACILIO
Washington GERMANO FLO
Priscilla Anny Neusa ROSA
THIAGO COSTA Tatiana M
Antônio Carlos R
Mirella Santos (Ne) DE AP
Flávio COSTA Gustavo
IGOR Surandi Karla L
Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa

Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa
EITON MOREIRA OTACILIO EDERTON EITON MOREIRA O FIA
Washington GERMANO FLO
Priscilla Anny Neusa ROSA CLARA Priscilla Anny Neusa ROSA CLARA
THIAGO COSTA Tatiana M
Antônio Carlos R
Mirella Santos (Ne) DE APPRECIADA Mirella Santos (Ne) DE APPRECIADA
Flávio COSTA Gustavo Heiton Flávio COSTA Gustavo Heiton
IGOR Surandi Karla LAURA IGOR Surandi Karla LAURA
Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa
EITON MOREIRA OTACILIO EDERTON EITON MOREIRA OTACILIO EDERTON
Washington GERMANO FLO
Priscilla Anny Neusa ROSA CLARA Priscilla Anny Neusa ROSA CLARA
THIAGO COSTA Tatiana M
Antônio Carlos R
Mirella Santos (Ne) DE APPRECIADA Mirella Santos (Ne) DE APPRECIADA
Flávio COSTA Gustavo Heiton Flávio COSTA Gustavo Heiton
IGOR Surandi Karla LAURA IGOR Surandi Karla LAURA
Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa

Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa
EITON MOREIRA OTACILIO EDERTON EITON MOREIRA OTACILIO EDERTON
Washington GERMANO FLO
Priscilla Anny Neusa ROSA CLARA Priscilla Anny Neusa ROSA CLARA
THIAGO COSTA Tatiana M
Antônio Carlos R
Mirella Santos (Ne) DE APPRECIADA Mirella Santos (Ne) DE APPRECIADA
Flávio COSTA Gustavo Heiton Flávio COSTA Gustavo Heiton
IGOR Surandi Karla LAURA IGOR Surandi Karla LAURA
Coco Silva Gudi Clá José Filho
Rauli Guho Luis GABRIELA MARCO DIAS
MARCE VAREZIO SANTI SANTI ANTONIO
MAYRA CÉS ARAÚJO LIMA M
Daniel Muelts Anika Costa



MOVIMENTO NACIONAL EM ASSINE PARA FORTALECER

ACESSE WWW.CONASS.ORG.BR/ASSINATURAS E ASSINE

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 colisão 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. ■

Entre os dias 11 e 14 de junho, Maceió será palco do XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Durante o evento será realizada a **MOSTRA BRASIL AQUI TEM SUS** que abrirá espaço para a troca de conhecimentos, propiciando o intercâmbio de trabalhos bem-sucedidos no SUS, estimulando e fortalecendo municípios que procuram soluções inovadoras rumo ao direito à saúde e, assim, divulgar essas experiências. Para mais informações sobre o Congresso e sobre a Mostra, acesse o sítio www.conasems.org.br

No dia 21 de março, foi comemorado o **DIA INTERNACIONAL DA SÍNDROME DE DOWN**. A data foi celebrada em todo o Brasil com a realização de diversas ações educativas. O Ministério da Saúde lançou consulta pública para definição do Manual de Atenção à Saúde da Pessoa com Síndrome de Down, que irá orientar profissionais do SUS e prestar esclarecimentos sobre como proceder quanto a diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com a deficiência. No Congresso Nacional, o dia foi comemorado com palestras e sessão especial e com a apresentação do Portal de Informações sobre a Síndrome de Down (www.movimentodown.org.br).

Em 2012, uma parceria entre os ministérios da Saúde e da Educação levará mais saúde às escolas de todo o país. Trata-se da **SEMANA DE MOBILIZAÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA**, que acontecerá anualmente com um tema de mobilização nacional. Em 2012, o tema escolhido foi a prevenção da obesidade, que deverá ser trabalhado pelas escolas em parceria com a Rede de Atenção Básica à Saúde com foco nos escolares e suas famílias. O intuito é incentivar as boas práticas de saúde para a melhoria do desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens no âmbito da escola para a formação da cidadania e o fortalecimento das políticas públicas de saúde e educação, visando à aproximação da população com a Rede de Atenção Básica à Saúde.

A Campanha da Fraternidade 2012, promovida pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, tem como tema **FRATERNIDADE E SAÚDE PÚBLICA**. O objetivo é refletir sobre a realidade da saúde no Brasil em vista de uma vida saudável, suscitando o espírito fraterno e comunitário das pessoas na atenção aos enfermos e mobilizar por melhoria no sistema público de saúde. Outras informações no sítio da CNBB, www.cnb.org.br.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Adicione
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi (MS)

VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

Região Centro Oeste: Rafael de Aguiar Barbosa (DF), Antônio Faleiros (GO); **Região Nordeste:** Raimundo José Arruda Bastos (CE), Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **Região Norte:** Wilson Duarte Alecrim (AM); **Região Sudeste:** Antônio Jorge de Souza Marques (MG), José Tadeu Marino (ES); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR), Ciro Carlos Emerim Simoni (RS).

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Leocádio Vasconcelos Filho (RR), Lilian de Almeida V. Nunes Martins (PI), Waldson Dias De Souza (PB); **Suplentes:** Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE), Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

REPRESENTANTES DO CONASS

na Hemobrás: Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **na Anvisa:** Dalmo Claro de Oliveira (Titular, SC), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alexandre de Melo Toledo (AL); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Carlos G. Souza Pinto (SE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Domício Arruda (RN); Gilvan Ramos de Almeida (RO); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Lilian de Almeida V. N. Martins (PI); Lineu Facundes (AP); Michele Caputo Neto (PR); Nicolau Esteves (TO); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Vander Fernandes (MT); Waldson Dias de Souza (PB); Wilson Alecrim (AM).

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

O Consensus é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Gilson Cantarino, Jurandi Frutuoso, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

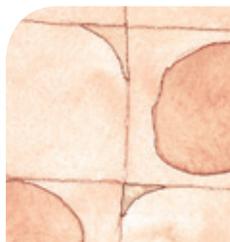
11.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.

Opiniões, sugestões e pautas

Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Ed. Terra Brasilis
Setor de Autarquias Sul
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404
CEP: 70070-010 – Brasília-DF



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

O PORTAL DO CONASS NA INTERNET ESTÁ DE CARA E ROUPA NOVAS

Reformulada para se tornar mais interativa e de fácil navegação, a nova página do CONASS na internet está totalmente ligada às redes sociais, privilegiando a agilidade da inclusão de informações relevantes a respeito da saúde pública brasileira e da atuação dos gestores estaduais e dos demais âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Agora, o portal do CONASS permite e facilita o compartilhamento dessas informações por meio das redes sociais e as torna mais atrativas e interativas, utilizando ferramentas multimídias como imagens, áudios e vídeos.

