

O Estado como Gestor de Serviços no SUS: Regime Jurídico e Implicações Práticas

Reynaldo Mapelli Júnior*



Artigo também disponível pelo QR Code ao lado ou *link* <https://goo.gl/HyKHbE>

RESUMO

A tese da solidariedade passiva dos gestores do SUS, consagrada na jurisprudência, e o processo histórico de municipalização da saúde provocaram, em última análise, a indefinição das competências sanitárias dos Estados, sendo necessário elucidar o real papel que devem exercer no atual contexto de organização dos serviços de saúde. O regime jurídico do SUS, imposto pela Constituição Federal, permite identificar as tarefas que competem precipuamente ao gestor estadual, seja no planejamento regional, seja na complementação de serviços sanitários, conforme pactuado com os demais gestores. Cabe, assim, verificar na gestão compartilhada do SUS como deve-se comportar o Estado em determinada Rede de Atenção à Saúde (RAS) e nos três níveis de assistência em saúde, em respeito ao modelo constitucional do SUS.

Palavras-chave: Estado. Regime Jurídico do SUS. Redes de Atenção à Saúde. Níveis de Assistência em Saúde.

* Promotor de Justiça. Assessor do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional da Escola Superior do Ministério Público do Estado de São Paulo. Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP. Ex-chefe de gabinete da SES/SP (2013/2015). E-mail para contato: reynaldomapelli@mpsp.mp.br

1. INTRODUÇÃO

Na medida em que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado constitucionalmente como uma **única** rede interfederativa de serviços hierarquizados, regionalizados e organizados de acordo com determinados princípios ou diretrizes constitucionais (art. 198, CF), integrando-os inclusive aqueles prestados complementarmente pela iniciativa privada (art. 199, §1o, CF), de responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, que devem obrigatoriamente “cuidar da saúde” (art. 23, II, CF) mediante “gestão quadripartite” (art. 194, p. único, VII, CF), a jurisprudência brasileira há tempos vem reconhecendo a responsabilidade solidária dos gestores públicos na disponibilização de qualquer prestação sanitária, inclusive no Supremo Tribunal Federal (STF) (grifo nosso).

Mesmo quando reconhecem o princípio da “descentralização administrativa” (art. 194, parágrafo único, inciso VII, CF), ou “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” (art. 198, inciso I, CF), entendido como disseminação de atividades com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” e governo, independente em cada esfera de atuação (art. 7o, IX, a, e art. 9o, I a III, Lei Orgânica da Saúde), os tribunais ignoram a repartição administrativa de competências nos programas de saúde para afirmar, independentemente da natureza dos serviços sanitários (atenção básica, de média ou alta complexidade; tratamento emergencial ou de eleição; políticas especialmente dispostas em alguns equipamentos em razão dos altos custos, como a oncológica; tipo de componente da assistência farmacêutica, etc.), a obrigatoriedade solidária de todos os gestores federados na execução direta das ações e serviços de saúde, podendo o paciente-usuário escolher quem acionar judicialmente.

Na realidade, a doutrina sanitária brasileira contribuiu muito para a concepção de que os gestores respondem integralmente pelos serviços do SUS, como pode-se depreender, por exemplo, dos ensinamentos de Dallari e Nunes Júnior, que tentam explicar a municipalização da saúde nos seguintes termos:

A indicação constitucional (art. 198, I) não desonera quaisquer das instâncias federativas para com o dever de assistência à saúde [...]. Apesar de se tratar de uma obrigação solidária, o que faz com que qualquer um dos entes possa ser demandado pela ausência de prestações em matéria de saúde, o sistema apresenta uma diretriz de descentralização, indicando a necessidade de que os serviços de atendimento sejam objeto de um processo de municipalização. [...].

Esse processo de descentralização também ocorre na relação entre União e os Estados, em uma dimensão evidentemente menos complexa pelo número relativamente pequeno de unidades federadas envolvidas (Estados e Distrito Federal) (grifo nosso). (1)

Em relação aos Estados, soma-se a essa questão o problemático processo histórico de municipalização da saúde no Brasil, com uma regulamentação excessiva do

Ministério da Saúde que, seguindo a lógica da habilitação dos Municípios para receber recursos federais para determinadas políticas impostas pela União, praticamente ignorou as diretrizes de **regionalização e hierarquização** dos serviços mais afetas ao ente estatal, gerando dúvidas quanto às competências administrativas que, de certa forma, pareceram embaralhadas (grifo nosso).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) tentaram organizar o sistema de saúde, a partir da NOB n. 01/93, que criou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB), mas provocaram dúvidas quanto às atribuições estaduais, tendo a NOB n. 01/96 admitido a possibilidade de fragmentação do SUS pela falta de atuação dos Estados, ou seja, “o elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS”. Pouco se fez, porém, para corrigir esta distorção, e a NOAS n. 01/2001, que foi revista pela NOAS n. 01/2002 e instituiu o Plano Diretor de Regionalização para a organização de regiões e microrregiões de saúde, causou ainda mais bagunça, parecendo confundir a direção única em cada esfera administrativa com o comando total de um Município sobre todos os serviços de saúde situados em sua região geográfica, como se isso fosse possível. (2)

A confusão ficou tão grande que, em 2006, foi assinado, pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) um Pacto pela Saúde (Portaria Ministerial n. 399, de 22 de fevereiro de 2006), que foi complementado por outros Pactos pela Saúde em 2007, 2008, 2009 e 2010/2011 (Portarias Ministeriais n. 91, de 10 de janeiro de 2007, n.325, de 21 de fevereiro de 2008, n. 48, de 12 de janeiro de 2009 e n. 2.669, de 3 de novembro de 2009), todos com sucesso bem tímido, chegando-se a publicar um Regulamento do SUS no Diário Oficial da União em 3 de setembro de 2009 (Portaria Ministerial n. 2.048/2009), uma pretendida “consolidação” das normas administrativas, com inacreditáveis 790 artigos e 94 anexos, espalhados por mais de 150 páginas. (3)

É por isso que Santos e Andrade cunharam a feliz expressão “elo perdido” para a situação do Estado na organização do SUS:

O Estado, numa Federação, deve ser o condutor das políticas que exigem compartilhamentos de serviços, interdependência de serviços, como é o caso do SUS que exige sejam todos os serviços públicos de saúde integrados numa rede regionalizada e hierarquizada de saúde, constituindo um único sistema, nos termos do art. 198 da CF.

Contudo, os Estados, com amplo poder-dever constitucional e legal de organização político-administrativa da sua região, vêm sendo **o elo perdido nessa articulação regional do SUS** (grifo nosso). (4)

Por estas razões, é importante verificar, na legislação sanitária brasileira, que foi contemplada por regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Decreto no 7.508, de 28

de junho de 2011), quais as atribuições realmente atribuídas pela lei ao gestor estadual do sistema público de saúde, separando-as, sempre que possível, das tarefas da União e dos Municípios, sem esquecer-se das implicações práticas desta análise, na execução dos serviços de saúde a que tem direito a população brasileira.

2. A DEFINIÇÃO DE UM REGIME JURÍDICO DO SUS

Na linha do institucionalismo jurídico do italiano Romano (1875-1947) (5), para quem o Estado constitui um ordenamento jurídico cuja objetividade representa a despersonalização do poder, e do francês Hauriou (1856-1929) (6), que defendeu a instituição como organização de uma ideia-diretriz em um grupo social regulada em procedimento, Bucci (7) defende que as políticas públicas não decorrem de mera discricionariedade dos agentes políticos, pois formam-se mediante embate nas instituições, onde deve haver participação da sociedade, para constituírem arranjos institucionalizados positivados em atos normativos. No cenário ideal, tornam-se políticas de Estado e não de um determinado governo, podendo ser compreendidas pelo direito.

Gestores e operadores do direito, em geral, desconhecem o aspecto institucional-normativo das políticas públicas e, o que parece mais sintomático, a existência de um consequente regime jurídico de saúde pública que, em última análise, foi imposto pelo modelo de SUS da Constituição Federal gestado nos embates políticos da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) de 1986. O papel dos Estados, em razão do amálgama de competências administrativas de planejamento, financiamento e execução de serviços de saúde, deve ser buscado no regime jurídico constitucional do SUS, da Constituição Federal às leis sanitárias essenciais e atos normativos administrativos de eficácia jurídica plena (portarias, decretos, decisões colegiadas em comissões tripartite ou bipartite de gestores, deliberações de conselhos de saúde, etc.), que é de obrigatória observância na implementação dos programas públicos e na hermenêutica jurídica sobre o direito à saúde.

A respeito do regime jurídico do SUS, como já tive a oportunidade de afirmar em outro estudo, é primordial compreender que foi a própria Constituição Federal que desenhou para o sistema público de saúde brasileiro um modelo de gestão compartilhada, ou seja, governo por consensos administrativos, que deve organizar a atenção em níveis de complexidade (hierarquização), em determinadas regiões (regionalização), com fluxo de atendimento padronizado (integralidade), para cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais, conforme regulamentado na legislação infraconstitucional:

É no próprio texto constitucional que devemos buscar o regime jurídico do SUS, os princípios, diretrizes e normas que formam o seu desenho institucional e parametrizam a assistência em saúde que deve ser proporcionada pelo Estado. [...] O modelo constitucional do SUS, na realidade, é central para a hermenêutica jurídica. A CF de 1988, quando afastou o anterior sistema de serviços fragmentados e contratados por comandos diversos do Poder Público (INAMPS e Ministério da Saúde),

desenhou o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde federais, estaduais e municipais articulados, que devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta a universalidade, e integralidade e a igualdade de acesso e tratamento, sem privilégios e distorções (arts. 196 e 198, CF).

A tônica principal é a da organização e estruturação dos programas governamentais sanitários em todos os níveis de governo, de forma articulada e pactuada que permita a constituição de um sistema único (art. 198, caput, CF), entendendo-se sistema como unidade reunida segundo princípios ordenadores (Canaris, 2012). Deve haver a construção de consensos administrativos (federalismo brasileiro cooperativo e consensual) sobre o planejamento, o financiamento e a prestação de serviços, do acesso inicial (“portas de entrada”) até a assistência em serviços de maior complexidade, garantindo-se a integralidade do atendimento dos usuários do SUS. Os princípios informadores do sistema SUS, assim, como a universalidade, a integralidade, a igualdade, a gratuidade, a regionalização e a hierarquização, a descentralização, a participação da comunidade e a informação, além da equidade (como mecanismo para se tratar diferentemente os desiguais, na lição clássica de Rui Barbosa, pode ser entendida como decorrência da igualdade), devem ser interpretados harmonicamente, não isoladamente. Não há, por exemplo, integralidade sem universalidade (o SUS é para todos) e igualdade (não pode haver privilégios), todos constituindo um todo orgânico normativo para a interpretação do que seja o direito à saúde. (8)

O regime jurídico do SUS é definido, a meu ver, por um corpo normativo básico:

- a) a Constituição Federal de 1988 (art. 6º e arts. 196 a 200, CF), que, em patamar hierárquico superior, define princípios, diretrizes e algumas regras específicas que devem parametrizar a saúde pública;
- b) a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), que regulamenta, em todo território nacional, “as ações e serviços de saúde, executados isolada e conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (art. 1º);
- c) a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que complementa a anterior para dispor sobre a participação da comunidade no SUS, as Conferências e os Conselhos de Saúde, bem como as transferências intergovernamentais de recursos nos fundos de saúde;
- d) a Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera dispositivos da LOS para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no SUS;
- e) a Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011, que altera a LOS para dar status de lei aos foros de pactuação e negociação conhecidos como Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), bem como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);

- f) o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a LOS no que diz respeito à Organização do SUS, ao Planejamento da Saúde, à Assistência da Saúde e à Articulação Interfederativa;
- g) a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional n. 29/2000, para vincular os recursos sanitários para ações e serviços tipicamente de saúde e estabelece critérios para rateio interfederativo;
- h) as Emendas Constitucionais n. 86/2015 e n. 95/2016, que alteram os patamares orçamentários da saúde e fixam um teto de gasto público;
- i) normas administrativas complementares, inclusive aquelas que formatam as políticas nacionais (assistência oncológica, medicamentos, saúde mental, etc.).

Sendo assim, vamos tentar um esforço de interpretação sistemática dos dispositivos normativos que integram o regime jurídico do SUS para estabelecer o real papel do Estado na saúde pública, em contraposição às competências municipais e federal, exemplificando, na prática da implementação dos serviços nos três níveis de assistência, o que pode e deve fazer o gestor estadual, em respeito ao modelo constitucional de saúde pública da Constituição Federal.

3. AUTONOMIA DOS ESTADOS E PACTUAÇÃO

A ideia de que as atribuições sanitárias dos Estados confundem-se com as dos demais entes federados, sendo possível a condenação judicial de obrigações sanitárias indistintamente a quem quer que seja, não corresponde ao texto da lei, pois embaralha os campos de atuação dos gestores, provocando desordem e desperdício. Na judicialização da saúde, como afirma Barroso, o que se vê é a sobreposição de atividades assistenciais, a desorganização de políticas e o desperdício de recursos humanos e financeiros:

Como todas as esferas de governo são competentes, impõe-se que haja cooperação entre elas, tendo em vista o “equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional” (CF/88, art. 23, parágrafo único). A atribuição de competência comum não significa, porém, que o propósito da Constituição seja a superposição entre a atuação dos entes federados, como se todos detivessem competência irrestrita em relação a todas as questões. Isso, inevitavelmente, acarretaria a ineficiência na prestação dos serviços de saúde, com a mobilização de recursos federais, estaduais e municipais para realizar as mesmas tarefas. [...].

Estados e União Federal somente devem executar diretamente políticas sanitárias de modo supletivo, suprindo eventuais ausências dos Municípios. Trata-se de decorrência do princípio da descentralização administrativa. Como antes ressaltado, a distribuição de competências promovida pela Constituição e pela Lei n. 8.080/90 orienta-se pelas noções de subsidiariedade e de municipalização. (9)

Diferenciar as funções dos Estados no campo sanitário, porém, pode ser primordial, dadas as fragilidades de muitos Municípios, como ensina Mendes:

No modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas torna-se mais complexa na medida em que é preciso conjugar a interdependência e autonomia dos três entes. A cooperação federativa, por sua vez, precisa ser exercida tanto pela União quanto pela esfera estadual em relação aos municípios. **Ainda que a esfera estadual seja aquela com atribuições menos definidas na Constituição Federal, cabe a ela um papel central nas políticas sociais, particularmente quando se considera a heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira** (grifo nosso). (10)

Ora, a Constituição Federal conferiu aos Estados autonomia administrativa, dando-lhes poder de organização, governo e legislação na sua esfera de atuação (art. 18, CF). Embora sejam “notórias as dificuldades quanto, a saber, que matérias devem ser entregues à competência da União, quais as que competirão aos Estados e quais as que se indicarão aos Municípios” no Brasil, como diz Silva (11), em termos genéricos pode-se afirmar que os Estados no SUS detêm competências para governar e legislar em assuntos de predominante interesse regional (arts. 18 e 25 a 28, CF), existindo **competência comum** para o exercício das atividades de assistência em saúde (art. 23, I, *ab initio*, CF) e **competência concorrente** para as atividades legislativas e de regulamentação (art. 24, XII, *in fine*, CF), mesmo diante da “direção única” do SUS que o gestor estadual possui na sua esfera de governo (art. 198, I, CF) (grifo nosso).

A complexidade da assistência sanitária, que desde a Declaração de Alma-Ata, de 12 de setembro de 1978 (12), deve-se dar a partir da atenção básica, local de acesso aos serviços e atendimento das principais demandas em saúde (porta de entrada e cuidados primários), para seguir para serviços de maior complexidade (média e alta complexidade), é que levou à determinação constitucional de obrigatória ação conjunta dos gestores no cuidado da saúde das pessoas, ficando mesmo inviável compartimentalizar uma atenção que, por definição constitucional, deve propiciar o atendimento integral de todas as necessidades do paciente. A dinâmica das condições clínicas dos pacientes, que podem agravar-se, ou mesmo melhorar até a cura definitiva, exige mesmo a atenção articulada de todos os níveis de governo, para acompanhar com seus serviços e equipamentos o usuário do SUS em cada etapa do tratamento, fazendo-se os devidos ajustes para atendimento integral.

Mais próximos da população, os Municípios devem prestar os serviços de atendimento à saúde, mas “com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado”

(art. 30, VII, CF), o que significa que a municipalização de serviços de assistência e de controle (art. 198, I, CF, e art. 7o, IX, a, LOS), até porque possuidores de certa complexidade, deve vir acompanhada de suporte financeiro e técnico, inclusive dos Estados, sempre que a integralidade o exigir.

Isso significa, também, o desenvolvimento de atividades estaduais de assistência em saúde em complementação aos serviços municipais, já que deve haver “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população” (art. 7º, XI, LOS).

A LOS fixou atividades comuns entre os gestores (art. 15, LOS), mas algumas competências foram separadas: à União cabe o planejamento das políticas nacionais, a coordenação dos sistemas, atividade nacionais de vigilância sanitária e epidemiológica, a manutenção de laboratórios, a cooperação técnica e financeira e atividades de fiscalização e auditoria dos serviços (art. 16); aos Estados, a descentralização para os Municípios, a regionalização, atividades regionais de vigilância sanitária e epidemiológica, laboratórios e a execução de ações supletivas de serviços de saúde, inclusive gerindo sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional (art. 17); aos Municípios, o planejamento, a organização, a execução e o controle de ações e serviços de saúde, atividades próprias de vigilância sanitária e epidemiológica e o controle de serviços privados de saúde (art. 18); e ao Distrito Federal, as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios (art. 19).

No cuidado integral do usuário do SUS, portanto, existem atividades específicas de planejamento, financiamento e prestação direta de serviços a cargo do gestor estadual, ora destinadas à organização do SUS, ora à complementação de outros serviços, que são definidas em um programa governamental específico consensualmente pelos gestores, a despeito da autonomia administrativa.

O tema da repartição das responsabilidades por negociação nas políticas públicas não deveria, a rigor, ser novidade para os operadores do direito, que simplificam o assunto usando a ideia da solidariedade, porque o federalismo brasileiro é essencialmente cooperativo e consensual, já que as competências comuns e concorrentes na Constituição Federal exigem a conjugação de esforços. Como observa Carvalho Filho, há aqui **gestão** pelo moderno **federalismo de cooperação**, a ser formalizada em **convênios de cooperação e consórcios públicos** (grifo nosso):

A Constituição, para deixar claro esse intento, previu, ao instituir a reforma administrativa do Estado (EC n. 19/1998), a **gestão associada** na prestação de serviços públicos, a ser implementada, através de lei, por **convênios de cooperação e consórcios públicos** celebrados entre a União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios. Trata-se, como já tivemos a oportunidade de examinar, de instrumentos de cooperação visando a alcançar objetivos de interesses comuns dos pactuantes.

A noção de gestão associada emana da própria expressão: significa uma conjugação de esforços visando a fins de interesse comum dos gestores. Em relação à **gestão associada de serviços públicos**, pode-se adotar a conceituação de que corresponde ao “exercício das atividades de planejamento, regulação ou fiscalização de serviços públicos por meio de consórcio público ou de convênio de cooperação entre entes federados, acompanhadas ou não da prestação de serviços públicos ou da transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”. (13)

Alguns estudiosos de Direito Sanitário, como Santos e Andrade, insistem que a cooperação dos gestores do SUS é exigência da própria Constituição Federal, que desenhou os serviços de saúde como uma rede interfederativa:

O artigo 198 da CF ao dispor que ‘as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único’, conforma uma rede interfederativa de serviços que exige interação, integração e articulação de todos os entes federados. [...].

Por tudo isso, e sendo o SUS uma rede interfederativa de serviços em decorrência da integralidade da assistência que o conforma como ‘rede’, somente decisões consensuais entre os entes federativos implicados **nesse fazer** estão legitimadas para definir, em detalhes, as responsabilidades destes na saúde. (14)

Desde 2006, foram criadas instâncias regionais para que Estados e Municípios façam acordos no SUS, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e posteriormente, em face do conteúdo do decreto regulamentador da lei orgânica da saúde, encampados pelas Comissões Intergestores Regional (CIR), cujo processo a depender da temática, pode ser finalizado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) ou, quando se articula também com o Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), colegiados para deliberação de políticas, onde se decide sobre as atividades de planejamento, aporte financeiro e prestação de serviços, que acabam sendo formalizadas em atos administrativos (portaria, deliberação, etc.).

Na sua redação original, aliás, a LOS já determinava a conjugação de recursos para a prestação dos serviços sanitários (art. 7º, XI, LOS) e a “articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais”, especialmente no que toca às atividades de alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiológica, recursos humanos, ciência e tecnologia e saúde do trabalhador (art. 13, incisos I a VI, LOS), uma gama de ações que perpassam praticamente todas as atividades do SUS.

A Lei no 12.466, de 24 de agosto de 2011, em um reforço legislativo, incluiu na LOS novos dispositivos a respeito, dando **status** de legalidade às Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB), órgãos de negociação quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos do SUS, e ao Conass (Conselho Nacional de

Secretários de Saúde) e ao Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), entidades para discussão de políticas entre os secretários (grifo nosso):

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

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

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

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados;

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1o O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2o Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Assim, é possível retirar da legislação sanitária as atribuições próprias dos Estados (elas existem), sem esquecer-se das competências comuns e concorrentes, matizando-as com a pactuação em determinada política de saúde, segundo o ato jurídico correspondente (que deve existir), para que haja o detalhamento de suas ações em determinado programa governamental.

4. O ESTADO COMO PLANEJADOR E COORDENADOR: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Para efetivar o direito à saúde na prática, respeitando-se os parâmetros constitucionais de acesso universal e igualitário (art. 196, CF) e o desenho de rede única organizada para atendimento integral (art. 198, *caput*, incisos I a III, CF), o SUS deve ofertar serviços preventivos e curativos, de acordo com as necessidades reais de determinada população, planejando a assistência em um contínuo de ações e serviços, ao longo do tempo articulados nos diversos níveis de atenção à saúde, em determinada região geográfica (art. 7º, *caput*, inciso II, LOS). O planejamento dos serviços, que deve conter gestão administrativa e financeira (arts. 31 a 35, LOS) e, em última análise, propiciar planos de saúde obedecendo às diretrizes dos Conselhos de Saúde (art. 36, §1º, e art. 37, LOS), segundo a LOS é sempre “ascendente, do nível local até federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (art. 36, LOS).

O fluxo contínuo de ações e serviços de saúde para uma determinada população concretiza-se, empiricamente, nas redes de serviços, que foram denominadas Redes de Atenção à Saúde (RAS) pelo Decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a LOS, e integram uma específica Região de Saúde criada para garantir a integralidade da assistência (arts 2º, VI, 5º e 7º, LOS), devendo ser **“instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT”** (grifo nosso) (art. 4º, decreto).

Assim, ao contrário do anterior sistema de imposição coercitiva dos programas federais pela habilitação burocrática de Municípios e Estados, em modelos de gestão para o recebimento de recursos federais obrigatórios por força de lei (gestão incipiente, plena, semiplena, plena da atenção básica, etc.), como estabeleciam as normas operacionais básicas, atualmente a organização do SUS deve ser promovida mediante a construção consensual de redes de atenção à saúde em determinada região, em um processo político-administrativo de negociação conduzido pelo Estado.

O papel de organizador regional da saúde, que exige planejamento da assistência e coordenação dos serviços em determinada região, é atribuição precípua dos Estados, dadas as conhecidas dificuldades técnicas, econômicas e políticas dos Municípios em enfrentar o gigantismo da União. Cabe ao Estado reunir Municípios, estruturar serviços e equipamentos para atender toda a população de determinada região, com apoio técnico e financeiro seu e da União (que deve cobrar, com seu peso político), direcionando os recursos humanos e financeiros para o atendimento integral no plano regional. Em outros termos, o gestor estadual deve fazer valer os princípios constitucionais da regionalização e da hierarquização, ao planejar e coordenar a assistência regional da saúde, tarefa que a LOS já havia expressamente consignado como parte da descentralização político-administrativa do SUS, que não pode se resumir à municipalização dos

serviços (art. 7º, inciso IX, *b*, LOS), lei que lhe fixou, para tanto, as funções de controle, acompanhamento e avaliação das redes hierarquizadas, de coordenação de diversos serviços regionais e de liderança no processo de descentralização para os Municípios (art. 17, incisos I, II, IV, IX e X, LOS).

Ao contrário da errônea tese da solidariedade, tão fortalecida pela judicialização, e da política de imposição de programas federais, a organização regional dos serviços a ser conduzida pelo Estado, sempre mediante negociação com os Municípios para o estabelecimento das portas de entrada, fluxos padronizados de atendimento e referenciamento para ambulatorios de especialidades e hospitais regionais (arts. 5º, incisos I a V, 9º, incisos I a IV, e 10 LOS), é ponto sensível para o amadurecimento do SUS, a estruturação de seus serviços e um melhor atendimento da população.

Em termos práticos, pode-se afirmar que a articulação regional de Municípios de uma determinada localidade pelo Estado, com vistas a instituir uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), também conhecida como Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS), deve observar:

- a) as diretrizes nacionais da União, também decorrentes de negociação em órgão próprio, ou seja, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, instâncias políticas onde deve sempre estar presente (arts. 4º e 14, Decreto n. 7.508/2011);
- b) a autonomia dos Municípios, mas com eles articulando as formas de solução das demandas regionais;
- c) a atribuição da atenção básica como tarefa primordial dos Municípios (unidades básicas de saúde, programa de saúde de família, pronto-socorro, vigilância sanitária municipal, etc.), cabendo àqueles de maior porte parte da assistência de maior complexidade;
- d) a atenção básica como porta de entrada (juntamente com a urgência/emergência e os Centros de Atenção Psicossocial/CAPS para a assistência em saúde mental), ordenadora da atenção e orientadora da rede;
- e) o estímulo à lógica da necessidade e não da oferta do prestador, item para o qual o mapa da saúde criado pelo Decreto n. 7.508/2011 mostra-se instrumento muito útil;
- f) o fortalecimento dos Departamentos Regionais de Saúde das Secretarias de Estado (DRS), dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) posteriormente encampados pelas Comissões Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- g) a organização da regulação de vagas e cogestão da assistência, por vezes tomando para si a regulação regional, por vezes repassando-a para os Municípios, desde que estejam de acordo e sejam treinados e submetidos à fiscalização do Estado;

- h) o auxílio estatal na qualificação dos serviços municipais, no cofinanciamento em diversas hipóteses e na avaliação contínua de sua eficiência e da satisfação do usuário;
- i) a prestação direta de alguns serviços, em geral aqueles de média e alta complexidade, que estão a cargo de ambulatórios médicos de especialidades (AME) e dos hospitais universitários, como forma de garantir-se regionalmente a integralidade da assistência;
- j) o repasse de recursos, sempre que necessário, instituindo parâmetros como um piso estadual de atenção básica e modelos de complementação financeira para outros serviços (santas casas, hospitais regionais, etc.);
- k) o entabulamento de instrumentos jurídicos para a fixação formal de responsabilidades, dando transparência e segurança jurídica ao processo, que no sistema do Decreto n. 7.508/2011 recebeu o nome de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), por meio do qual os entes federados formalizam o acordo de vontades sobre a implementação, a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde em uma região (arts. 33 e 34 do decreto), um avanço no ordenamento jurídico sanitário, que ainda precisa de consagração política e jurídica, apesar da defesa de alguns autores (3;14-15) e dos esforços do Ministério da Saúde (16);
- l) a necessidade de afastar com embasamento técnico os incontáveis pedidos de dinheiro que políticos e membros da sociedade civil fazem aos gestores de saúde nos gabinetes, como se o assunto dependesse de mera liberalidade deles, já que os recursos orçamentários estão vinculados aos planos de saúde e aos planejamentos submetidos ao sistema de transferências intergovernamentais da Lei n. 8.142/90, que devem ser repassados “de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal”, de acordo com os critérios da LOS (art. 3º, caput) e aos parâmetros da Lei Complementar n. 141/2012 e das emendas constitucionais que tratam da matéria (EC n. 29/2000, 86/2015 e 95/2016).

5. O ESTADO COMO INCENTIVADOR E PRESTADOR DE SERVIÇOS NOS TRÊS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Às atribuições administrativas de planejamento e controle do gestor estadual do SUS somam-se, necessariamente, outras mais ligadas à execução de ações e serviços de saúde, seja na prestação direta de serviços sanitários, seja no apoio técnico ou financeiro de atividades dos Municípios mais carentes. Levando-se em consideração os níveis de complexidade da atenção à saúde, é interessante registrar alguns aspectos da atuação prática do Estado na organização da rede regional de serviços, fazendo-o separadamente em relação à atenção básica e à atenção secundária e terciária.

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA (BÁSICA)

A atenção primária ou básica constitui o primeiro contato com o sistema de saúde, basicamente, na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), bem como, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da qual deve ser resolvida a maioria dos agravos de saúde e organizado o cuidado do usuário (17). Embora a atenção primária esteja sob a gestão municipal, o Estado deve dedicar-se a ela, porque a sua falta de resolutividade sobrecarrega os equipamentos de maior complexidade, existem grandes diferenças entre os Municípios, que precisam ser enfrentadas com medidas de equidade, e a organização regional pressupõe o controle das portas de entrada.

Assim, é preciso implementar um sistema de acompanhamento e avaliação da atenção primária, buscando conhecer e corrigir as falhas nas suas atividades e auxiliar os Municípios mais humildes, para que todos os usuários do Estado sejam adequadamente atendidos.

Isso exige, também, com base em indicadores de saúde e social (o Índice de Desenvolvimento Humano/IDH pode ser muito útil), o repasse inteligente de recursos estaduais para a assistência e para a reforma de equipamentos, como as Unidades Básicas de Saúde, e programas de capacitação dos servidores municipais. No Estado de São Paulo, por exemplo, existe financiamento estadual para a atenção básica dos municípios (considerando o Piso de Atenção Básica/PAB e os municípios mais carentes), para os medicamentos essenciais (Programa Dose Certa), um programa de repasse de recursos para a reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e capacitação técnica em centros de referência normalmente vinculados a universidades.

As vigilâncias sanitária e epidemiológica do Estado, além disso, devem fornecer capacitação técnica e apoio permanente aos colegas municipais, diante do ínfimo sucesso até agora obtido com a municipalização da vigilância, por falta de conhecimento técnico ou pela pressão política local, muitas vezes acompanhando in loco a vitória dos fiscais municipais. O mesmo raciocínio serve para a regulação regional das vagas, a cargo do Estado ou de Municípios, neste último caso treinados e fiscalizados pelo gestor estadual.

Por fim, cumpre ao gestor estadual formular e induzir políticas públicas que possam aprimorar a atenção primária e ter impacto em toda a rede de serviços, para maior resolutividade no primeiro nível de atendimento, como se tem feito, por exemplo, em diversas partes do país nas políticas de saúde mental, que não podem se resumir na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a implementação de assistência especializada em saúde mental em prontos-socorros, ambulatórios e outros equipamentos inovadores.

5.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

A assistência de média e alta complexidade do SUS está mais próxima do Estado, que, nesse campo, assume frequentemente a função de prestador em ambulatórios de especialidades, hospitais gerais ou hospitais especializados ou de referência, embora isso varie muito em razão das demandas regionais e da capacidade de assistência dos Municípios. Nesse caso, o Estado precisa impulsionar o processo de regionalização e hierarquização, sem ter medo de reestruturar todo o sistema em uma determinada região, modificando o papel e as funções de serviços, estes, muitas vezes, com taxas de sub-ocupação e a população mal atendida, de acordo com critérios epidemiológicos regionais e indicadores técnicos. Fugindo, assim, da antiga lógica de oferta de serviços ou do pedido político, conseguirá contribuir para a integralidade da assistência, inclusive com os serviços sob sua gestão.

A principal tarefa do Estado passa a ser articulação entre os Municípios de uma determinada RAS e a oferta de serviços estaduais, para a instituição de um fluxo de referência e contrarreferência que disponibilize aos usuários os serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, as urgências e emergências, até mesmo os ambulatórios e hospitais altamente especializados (de nível terciário, normalmente estão vinculados a universidades estaduais e federais e atendem uma macrorregião). (18)

O papel político-institucional do Estado, nesse campo, deve ser o de coordenador do processo de planejamento regional, fortalecendo a participação ativa de todos os Municípios nos espaços regionais de discussão e planejamento, tomando cuidado para que Municípios menores, ou sem representação político-partidária tenham voz, bem como propondo formas de incentivo técnico e financeiro.

Os mecanismos para a regionalização e hierarquização incluem o acompanhamento constante dos serviços existentes e o incentivo para corrigir os vazios assistenciais (com equipamentos municipais, estaduais ou mistos), inclusive com a imposição de metas e a avaliação sobre a eficiência do serviço prestado, o investimento em hospitais já existentes com perfil para a atuação regional, o apoio a Santas Casas, a contratação de serviços complementares privados, se necessário, e a inserção efetiva das organizações sociais (OS), das organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e dos hospitais universitários no SUS, promovendo a regulação regional de forma adequada. Além disso, devem ser criados centros de referência para atendimentos especializados, como em São Paulo, onde a Secretaria de Estado da Saúde mantém 55 Ambulatórios Médicos de Especialidades, para consultas, exames e procedimentos cirúrgicos de média complexidade, e tem centros de referência para tratamentos mais especializados e treinamento dos profissionais de saúde do SUS, como a Rede de Habilitação Lucy Montoro para pessoas com deficiência física (em parceria com a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência), a Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer, os Centros de Referência do Idoso (CRI) e a Unidade de Referência em Autismo da Santa Casa.

Em suma, o Estado não pode se omitir em ajudar os Municípios, sobretudo aqueles mais humildes, na oferta de serviços regionais e de referência, frequentemente mais complexos e caros, como a terapia renal substitutiva, a quimioterapia e a radioterapia, os exames especializados (tomografia, ressonância magnética, etc.), as unidades de terapia intensiva, o atendimento a gestantes e neonatos de alto risco, as cirurgias de maior complexidade e, em muitos casos, a própria emergência e urgência. (19)

6. CONCLUSÃO

Partindo-se do regime jurídico do SUS, integrado por princípios, diretrizes e normas específicas constitucionais e legislação sanitária complementar, inclusive uma Lei Orgânica da Saúde e seu decreto regulamentador, é perfeitamente possível identificar as atribuições do Estado no sistema público de saúde, apesar de certa confusão ocasionada pelo processo político-administrativo de descentralização do SUS e pela judicialização da saúde.

O mais importante é reconhecer, para além das importantes atividades de prestação direta dos serviços sanitários dos Municípios e do papel planejador e financiador da União, que o Estado tem um papel fundamental no SUS, como planejador regional, organizador e prestador de serviços, com especial relevância na condução do planejamento ascendente e regional, que deve levar à instituição das redes interfederativas de serviços, na forma estabelecida pela LOS e pelo Decreto n. 7.508/11, única forma de estruturar-se adequadamente o sistema público de saúde brasileiro, efetivando-se atendimento integral para todos.

REFERÊNCIAS

1. Dallari SG, Nunes Júnior VS. Direito sanitário. São Paulo: Editora Verbatim; 2010. p. 84-89.
2. Barata LR, Tanaka OY, Mendes JDV. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (SUS). São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP); 2003.
3. Mapelli Júnior R, Coimbra M, Matos YAPS. Direito sanitário. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo (MPSP) e Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2012. p. 41-44.
4. Santos L, Andrade LO. O estado na articulação do sistema de saúde: um elo perdido?[internet]; [acesso em 30 jan 2018]. Disponível em www.idisa.org.br.
5. Romano S. O ordenamento jurídico. Florianópolis: Editora da Fundação Boiteux; 2011.
6. Hauriou M. A teoria da instituição e da fundação: ensaio de vitalismo social. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor; 2009.

7. Bucci MPD. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva; 2013. p. 235-284.
8. Mapelli Júnior R. Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 184.
9. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Rev Jur UNIJUS. Universidade de Uberaba e Ministério Público do Estado de Minas Gerais. 2008;11(15):15-16.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 162.
11. Silva JA. Curso de direito constitucional positivo. 34 ed. São Paulo: Malheiros Editores; 2010. p. 477.
12. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, antiga URSS. 6 -9 set 1978.
13. Carvalho Filho JS. Manual de direito administrativo. 25 ed. rev. amp. atual. até a Lei n. 12.587, de 3.1.2012. São Paulo: Atlas; 2012. p. 351-352.
14. Santos L, Andrade LO. SUS: o espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. E ed. Campinas: Saberes Editora; 2009. pp. 109-110.
15. Santos L. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora; 2013. p. 171.
16. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e Departamento de Articulação Interfederativa (DAI). Monteiro OA, organizador. Guia para a elaboração do contrato organizativo da ação pública: construindo o COAP passo a passo. Série Articulação Interfederativa. 2013;2.
17. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Atenção primária e promoção da saúde. Col para entender a gestão do SUS. 2011;3:10-37.
18. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Assistência de média e alta complexidade no SUS. Col para entender a gestão do SUS. 2011;4:10-47.
19. Da Ponte AC, Mapelli Júnior R. Redes interfederativas de serviços de saúde e controle do Ministério Público: o papel dos estados no SUS. Rev de Direito Brasileira (RDB). 2017;18(7):315-330.