

NOTA TÉCNICA Nº 012/2012

Brasília, 29 de junho de 2012.

ÁREA: Área Técnica em Saúde

TÍTULO: Decreto 7508, de 28 de junho de 2011

REFERÊNCIA(S): Constituição Federal de 1988, arts. 6º, 23, 30, 194, 196 a 200.

Lei n. 8.080, de 19 setembro de 1990.

Lei n. 8.142, de 28 dezembro de 1990.

Lei n. 12.466, de 24 de agosto de 2011.

Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.

1. Análise técnica

O dispositivo infralegal propõe-se a regulamentar a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização, o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Preliminarmente, verifica-se que o decreto define responsabilidades e obrigações para as três esferas de gestão do SUS, conformando-se em um instrumento contratual de pactuação entre os representantes legais dos entes federativos. Ou seja, mais uma forma de cobrar responsabilidades dos gestores com a Saúde pública, e sem dúvida alguma, com ênfase na esfera municipal.

Para esta análise, a área técnica de saúde, segregou o Decreto 7508 em quatro tópicos a fim de melhor esclarecer as possíveis dúvidas advindas da leitura do documento.

2. Organização

O capítulo referente a organização do SUS aborda as regiões de saúde e a questão da hierarquização. Para instituir a região de saúde, o dispositivo determina a inclusão de, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Surge, então, o primeiro questionamento a respeito da intenção do decreto, pois dentro dessas ações e serviços há um leque enorme de opções, que quando observado melhor, tem-se a definição da atenção integral, ou seja, uma região deverá dispor de todos os serviços de saúde, o que não permitiu formações de regiões diversas e em conformidade com as especificidades regionais e locais. Sendo para tanto necessário um agrupamento de Municípios até o cumprimento do mínimo de ações e serviços exigidos. Não restando dúvidas de que é mais uma forma verticalizada do governo federal em definir a organização do SUS em um dispositivo infralegal. Aos gestores

estaduais e municipais cabe apenas a formação e pactuação das regiões de saúde, respeitadas as regras pré-definidas.

As “portas de entrada” definidas no Decreto, estendem a todos os componentes da atenção primária, da atenção de urgência e emergência, da atenção psicossocial e dos especiais de acesso aberto, o acesso universal e igualitário ao SUS, sem levar em consideração a situação epidemiológica e organizacional do ente local, muito menos suas características regionais, capacidade instalada, capacidade técnica, cultura, hábitos, etc.

Isso pode ser entendido como desrespeito ao comando único em cada esfera de governo definido no art. 198, inciso I da CF/88 e art. 9º da Lei 8080/90, inciso III, quando a norma não permite que o gestor municipal defina as portas de entrada no âmbito do seu território.

Para a saúde indígena, observa-se a manutenção da fragmentação do SUS, fomentada desde a instituição do Sub-Sistema de Atenção à Saúde Indígena. É importante que as ações sejam articuladas entre os três entes da Federação e não sejam definidas apenas pelo Ministério da Saúde como propõe o dispositivo. O Estado e, principalmente, o Município acompanha, de forma presencial, essa população. Logo, a importância do Município participar e acompanhar as definições de ações para os indígenas torna-se essencial, uma vez que estes residem em área abrangida pela territorialidade municipal e, fundamentalmente, por contar com a rede de atenção à saúde existente nos Municípios como retaguarda para a atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

3. Planejamento

Em relação ao planejamento em saúde, a única novidade trazida pelo dispositivo é a definição de que o mesmo poderá conter as ações e serviços privados, inovando o estabelecido de forma implícita na Constituição, em que os serviços privados integram o SUS de forma complementar. Ainda previsto na Lei 8.080/90 art. 7º, 15 (XI), 16 (XIV) e Capítulo I – Do funcionamento.

Na verdade, o controle e a fiscalização das ações e serviços de saúde, que também se incluem no planejamento da Saúde, é uma competência do Município estabelecida no art. 18, inciso XI da Lei 8.080/90. Neste sentido, para que essas competências fossem efetivamente desempenhas, necessariamente as ações e serviços da rede privada deveriam ser, no mínimo, de conhecimento da gestão local. Desta forma, o decreto apenas elucida a necessidade de conhecimento da rede de saúde no âmbito do Município, fortalecendo o conceito de Sistema Único, onde estão contemplados todos os serviços disponíveis, sejam públicos, prestadores ou privados.

O planejamento em saúde de forma ascendente está previsto nas Leis Orgânicas da Saúde desde 1990, e mesmo presente em instrumentos legais não foi implementado. Algo bem superficial se observa como consequência das diretrizes gerais extraídas das conferências de saúde, seguindo a orientação ascendente, mas que ainda é bem incipiente. A Lei 8.080/90 define como competência municipal o planejamento integrado com sua esfera estadual (art. 18, II) e ascendente do nível local ao nacional conforme o plano de saúde e a disponibilidade financeira, com a participação dos conselhos de saúde (art. 36). Os planos de saúde são a base para toda a programação de saúde (art. 36, §1º) e condição para o recebimento de recursos federais (art. 4º, II da Lei 8.142/90). Desta forma, a regulamentação do processo de planejamento no dispositivo em questão torna-se desnecessária, não sendo este que dará cumprimento ao processo legitimado já contemplado nas Leis Orgânicas da Saúde.

4. Assistência a Saúde

É uma redundância definir que a integralidade da assistência tem início e fim na rede de atenção à saúde, uma vez que a Constituição já definiu que as ações e serviços de saúde serão desenvolvidas na rede pública e privada, organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, no sentido de garantir ao usuário o acesso universal e integral. Desta forma, o SUS deverá promover a assistência necessária e resolutiva às demandas da sociedade, em sua rede, seja ela própria ou conveniada, e até mesmo privada, quando necessário. Pois, a Saúde é uma responsabilidade de Estado – União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A definição de uma Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES vem fortalecer o necessário reconhecimento das ações e serviços disponíveis na rede do SUS, amparado na Tese do Ministro do Supremo Tribunal Federal, Dr. Gilmar Mendes, de que a “saúde é um direito material”, quando as limitações legais impostas à Administração Pública impedem de atender a todas e quaisquer demandas sociais. Logicamente, que isso não significa limitação ao atendimento na rede do SUS, e sim a garantia do acesso aos serviços disponíveis. Por outro lado, favorece as pactuações e definições de competências entre as esferas de gestão do SUS e orienta as decisões judiciais demandadas corretamente ao Ente competente. Espera-se que, mesmo sendo um dispositivo infralegal, este possa favorecer o SUS no sentido de redução das demandas judiciais.

Da mesma forma, acredita-se que as ações do SUS se desenvolverão em relação aos medicamentos essenciais, com o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Porém, neste caso específico, o dispositivo infralegal traz uma enorme lacuna para a política nacional de assistência farmacêutica, e que provavelmente, se levará mais um longo período até sua legítima correção. O decreto tenta regulamentar apenas os medicamentos essenciais de uso na rede do SUS, que no entendimento da atual política nacional, são apenas aqueles utilizados na atenção primária, ou seja, de responsabilidade municipal. E infelizmente, neste caso, mais uma vez se verifica a forte tendência do governo federal em regulamentar verticalizadamente as competências do ente Município, eximindo-se claramente às responsabilidades solidárias com a assistência farmacêutica, e ainda, favorecendo no mesmo dispositivo e da mesma forma a esfera estadual.

Não definir as responsabilidades pela aquisição e distribuição de medicamentos especializados e de alto custo, no mesmo dispositivo infralegal, compromete a política de assistência farmacêutica no Brasil, assim como a integralidade da atenção à saúde da população, principalmente, no que diz respeito aos Municípios, uma vez que estes mantêm uma relação próxima às comunidades e suas demandas, além de serem as esferas mais fragilizadas financeiramente. Esta lacuna favorece a manutenção das demandas judiciais dos medicamentos especializados e de alto custo.

5. Articulação Interfederativa

Observa-se que a Seção I do Capítulo V traz de forma equivocada o conceito de relação interfederativa, uma vez que os secretários de saúde desempenham o papel de gestor do SUS e realizam relações institucionais de Saúde pública, enquanto que o representante legal do Município é exclusivamente o Prefeito, ou quem este delegar tal competência.

O presente dispositivo infralegal, na verdade, trata nesta Seção da ampliação das competências das Comissões Intergestores do SUS, tanto tripartite (CIT), bipartites (CIB) quanto as Regionais (CIR), que passam a deliberar aspectos administrativos, operacionais e financeiros, sem a necessidade de homologação ou validação nos respectivos conselhos de saúde. Nesta ampliação de competências observa-se um esvaziamento de competências dos legítimos órgãos deliberativos do SUS instituídos pela Lei 8.142/90 – os conselhos de saúde –, e conseqüentemente, um cerceamento da participação de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde, que não estão presentes nas comissões intergestores.

Neste caso específico, verifica-se uma antecipação e redundância da norma infralegal à Lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, que traz em seu conteúdo exatamente o contido na Seção em questão, e foi publicada cerca de dois meses após o Decreto 7508/11. Assim, observa-se que mais uma parte do dispositivo em questão torna-se desnecessária.

Por fim, a instituição de um novo instrumento de pactuação de indicadores de saúde, metas, estratégias, critérios de avaliação, adequações, investimentos e recursos financeiros – o contrato organizativo de ação pública da saúde (COAP) –, com o objetivo de organização e integração das ações e serviços de saúde entre as três esferas de gestão do SUS, e a finalidade de garantir a atenção integral à saúde da população. Além da definição de responsabilidades individuais e solidárias entre os entes federativos. Sendo, por tanto, necessária a assinatura do representante do Município no mesmo, o Prefeito.

Quanto aos recursos financeiros para investimento na Saúde, o dispositivo prevê que o COAP deverá conter a descrição dos recursos dos partícipes, como uma forma de garantir o financiamento da Saúde, porém, tenta manter a atual e inadequada política de financiamento por meio de incentivos financeiros do Ministério da Saúde (art. 36, parágrafo único), uma prática ultrapassada e falida que tem inviabilizado o desenvolvimento e ameaçado a sustentabilidade do SUS.

Essa questão dos incentivos e do financiamento presentes no decreto, de forma contundente, torna-se nula diante da sanção da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre o financiamento da Saúde Pública. Esta tomou para si a total responsabilidade pelo financiamento SUS, quando revoga dispositivos das Leis 8080/90 e 8696/93, e define os critérios de rateio dos recursos da União (art.17) para Estados, Distrito Federal e Municípios, e dos Estados (art.19) para seus respectivos Municípios.

A Direção Nacional do SUS fica incumbida de publicar os montantes, pactuados na CIT e aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS), a serem transferidos para Estados e Municípios, com base nas “necessidades de saúde da população, nas dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde”, que “serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos” (art.18), sem a exigência de restrições à sua entrega quando destinado ao custeio das ações e serviços (art. 22). Assim, a Lei Complementar 141/12 extingue claramente a possibilidade de quaisquer normas adicionais de financiamento e de restrição à transferência dos recursos financeiros, salvo já previstas em lei.

Desta forma, este novo instrumento, o COAP, para efetividade como um pacto federativo para o setor de Saúde pública, deverá minimamente conter as responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, atendendo ao cooperativismo federalista expresso na Constituição brasileira e previsto nos arts. 23, II e 30, VII.

É necessário que cada esfera de gestão do SUS avalie minuciosamente o contido no COAP, observando as responsabilidades descritas e assumidas por cada partícipe, na certeza de que a integralidade da atenção à saúde esteja garantida de forma solidariamente federativa, Caso o contrário, o COAP será um natimorto, perdendo totalmente a sua essência originária.

Finalmente, na qualidade de instrumento de pactuação solidária interfederativa, o COAP deverá conter o compromisso firmado pelos legítimos representantes dos Entes, seja, União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

6. Conclusões

Finalmente, concluí-se que, em pouco o decreto contribui para a efetividade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que ações importantíssimas como a política nacional de assistência farmacêutica obteve parcial regulamentação, permanecendo abertura para as demandas judiciais de medicamentos especializados e de alto custo, as quais mereciam orientação, mesmo que nesse dispositivo infralegal.

A forma hierárquica e regionalizada conquista novas orientações, que poderão facilitar sua melhor compreensão e implementação. Porém, nas questões relacionadas ao planejamento e a assistência à saúde o dispositivo pouco contribui, sendo mais uma forma verticalizada de reafirmação da Direção Nacional como órgão normatizador e regulamentador do SUS.

Quanto a relação interfederativa, ainda é necessário amadurecimento e, principalmente o detalhamento do pacto federativo previsto no art. 23 da CF/88, esclarecendo as reais competências dos entes federativos com as políticas sociais brasileiras, o que não se resolverá em mais um contrato de ações e serviços de saúde.

Desta forma, orienta-se a elaboração conjunta do COAP, com a participação das equipes técnicas dos Municípios, secretários de saúde e de planejamento, procuradores municipais, prefeitos, entidades estaduais de Municípios, representantes do Estado e da Direção Nacional do SUS para, posteriormente, com a descrição das responsabilidades e competências assumidas pelos partícipes, este possa ser firmado como um novo instrumento legítimo de pactuação do SUS, garantindo a atenção integral à saúde da população brasileira, observadas e respeitadas as especificidades, as necessidades e a capacidade instalada local, regional, estadual e nacional.

Área Técnica em Saúde/CNM
saude@cnm.org.br
(61) 2101-6005 ou 6043