

## O modelo de Gestão do SUS

*Silvana Nair Leite*

*Maria do Carmo Lessa Guimarães*

Na trajetória de construção do SUS, com seus avanços e desafios para se consolidar como política pública de alto impacto, o que tem marcado a sua história? Qual característica identifica o processo de construção do SUS?

Vamos pensar juntos: desde a sua mais inicial concepção, o sistema de saúde almejado fazia parte de um grande movimento de redemocratização do país. E desde sempre, até hoje, é espaço e motivação de luta, de enfrentamento, de defesa de um modelo de sociedade mais justa e participativa. O que marca a trajetória do SUS, então? A luta pela democracia, de “gente”, de pessoas, da sociedade.

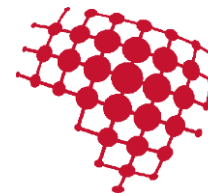
E o que “gestão” tem a ver com isso?

Tudo! Um sistema de saúde com essa trajetória precisa desenvolver um modelo de gestão condizente com suas diretrizes, e é assim que está concebida a gestão no SUS. Os Conselhos de Saúde, bem como as Conferências de Saúde nacional, estaduais e municipais são instituídos por Lei (Lei n. 8142/90 que, junto com a Lei n. 8080/90, compõe o que se chama de Lei Orgânica da Saúde). Além disso, foram pensados como instâncias colegiadas de decisão do SUS, ou seja, têm caráter deliberativo, decidem, portanto, sobre questões importantes do sistema de saúde e são também órgãos de controle social. Acompanham a implantação do SUS. O Conselho Nacional de Saúde é constituído em conformidade com o Decreto n. 99.438, de 07/08/90. Atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política nacional de saúde (BRASIL, 1993).

Embora a cultura de participação em nosso país seja ainda muito frágil, afinal nossa democracia é muito jovem, não podemos relativizar a importância que essas instâncias têm para a gestão do SUS e, no particular, para a gestão da assistência farmacêutica.

Lembra da concepção tridimensional de gestão que apresentamos no início do Curso? Lembra que uma das dimensões da gestão é a da governabilidade, traduzida na necessidade de se buscar alianças para condução do nosso projeto, na direção de nossa Imagem-Objetivo?

Sem aliados e sem reduzir resistências, nosso projeto pode ser muito bonito, mas poderá ser inviabilizado. Portanto, é por meio dessas instâncias colegiadas que podemos estreitar nossas



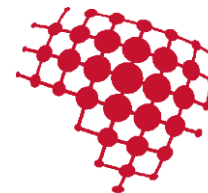
parcerias, construir projetos conjuntos, consolidar nossa força para governar, ou seja, para continuarmos conduzindo a saúde na direção de propósitos comuns. Se esse princípio for observado, os farmacêuticos, inseridos no SUS, precisam trabalhar buscando apoio dos conselheiros de saúde, dos representantes dos diferentes setores sociais representados nessas instâncias. Precisam participar das Conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, com propostas bem formuladas para a melhoria e ampliação da assistência farmacêutica.

Se olharmos para trás, e observarmos nossa história de construção e aperfeiçoamento do SUS, veremos que os espaços que a assistência farmacêutica conquistou nessas últimas décadas foram resultado da ampliação do leque de alianças, com os Conselhos Estaduais e Municipais de Secretários de Saúde, com a OPAS, com os Conselhos Federal e Regionais de Farmácia, com as universidades, enfim, com uma gama de atores importantes que participam dessas instâncias deliberativas do SUS.

Pensar a gestão como um processo técnico, político e social implica atuar em vários âmbitos e implica, sobretudo, contribuir para o aperfeiçoamento e a consolidação desses espaços ampliados de decisão, pois é nesses espaços que se materializa o princípio da participação, que orienta a organização e o estilo de gestão do SUS. Ou seja, a gestão participativa e compartilhada, que o SUS defende, pressupõe um processo decisório democrático, descentralizado e transparente. Assim, essas instâncias de decisão e a construção de parceiras e alianças são estratégias que caracterizam um determinado estilo de gestão.

Você saberia fundamentar uma resposta sobre o tipo ou estilo de gestão que o SUS defende?  
Vamos, então, falar um pouco sobre esses estilos de gestão.

Os estilos de gestão são caracterizados a partir de certa gradação de participação. Ou seja, se visualiza, ou se materializa um dado estilo de gestão a depender da forma e do como a organização é conduzida ou gerenciada. Nesse sentido, sempre que qualificamos a gestão, se ela é autoritária, centralizadora, participativa, democrática, compartilhada, estamos falando de algum grau de participação de diversos atores no processo de condução da organização e, conseqüentemente, da tomada de decisão. E essa gradação da participação define, por sua vez, o tipo de gestão, se é uma **cogestão** ou uma **gestão participativa e compartilhada** ou uma **autogestão**.

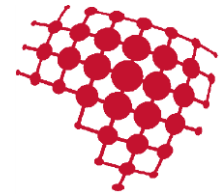


Se olharmos na vida real, não é muito fácil avaliar, no âmbito de um setor, de uma instituição, qual o grau de participação dos diferentes atores no processo de decisão. Se as decisões tomadas por aqueles que estão nos cargos de chefia ou gerência levam em conta os diferentes interesses e as diversas formas de se analisar os problemas. De fato as pessoas estão participando das decisões que dizem respeito à coletividade ou estão sendo cooptadas ou manipuladas por aqueles que detêm com mais poder? Segundo Motta, uma observação, mesmo superficial, de algumas experiências participativas revela que tais questões não são excludentes. “É perfeitamente possível que a coletividade influa sobre o poder, ao mesmo tempo em que este procura cooptá-la para seus objetivos”. Contudo, este mesmo autor defende que “Participar não implica necessariamente que todas as pessoas ou grupos opinem sobre todas as matérias, mas implica necessariamente algum mecanismo de influência sobre o poder” (MOTTA, 2003, p. 371). Já vimos que a participação requer alguns requisitos. Por exemplo, é necessário que as pessoas tenham algum tipo de conhecimento e alguma habilidade política. Por isso é tão importante o acesso à informação, a transparência das informações. Por outro lado é importante exercitarmos sempre a participação, pois, ainda segundo Motta (2003, p. 371), “boa parte desses conhecimentos e habilidades necessárias à participação são fruto da própria experiência, o que significa que não se pode esperar que só se inicie a participação quando esses requisitos estiverem preenchidos”.

Na saúde, no Brasil, a participação da sociedade organizada na gestão do SUS está garantida pelo mecanismo de conselhos de saúde. Cada uma das esferas de governo, a federal, estadual e municipal tem um conselho de saúde, com participação paritária de 50% dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. Segundo Fleury e Ouverney (2007, p.116), “os conselhos de saúde são instâncias deliberativas que decidem a execução da política de saúde em cada nível de governo, definem prioridades, aprovam orçamento e onde o governo presta contas de suas atividades. Sua identidade e atribuições são legalmente definidas, indo além do mero controle social em direção à **cogestão** da política de saúde” (grifo nosso).

Além disso, segundo, ainda, Fleury e Ouverney (2007, p.116), a cogestão em saúde inovou, também, na criação de instâncias de pactuação entre esferas governamentais em relação à distribuição de recursos e à definição e execução das políticas. Para isso, foram criadas a Comissão Intergestora Bipartite (entre Estado e municípios) e a Comissão Intergestora Tripartite (entre União, estados e municípios).

As Comissões Intergestoras foram criadas a partir da Norma Operacional Básica n. 01/93, como foros de negociação e deliberação para gerenciar, em conjunto com os conselhos de saúde,

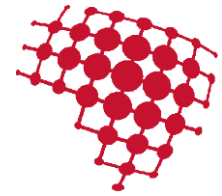


o processo de descentralização. A Comissão Tripartite (CIT) é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, com a finalidade de assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1993). As Comissões Bipartite (CIB) são integradas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e por representantes do CONASEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), e foram concebidas como instâncias privilegiadas de negociação e decisão sobre os aspectos operacionais do SUS. Nessa comissão são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde e pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Além disso, no âmbito dessa comissão, devem ser negociados os tetos financeiros possíveis dentro das disponibilidades orçamentárias, oriundos dos orçamentos das três esferas de governo capazes de viabilizar a assistência integral à saúde nos municípios (BRASIL, 1993). As Comissões Bipartites Estaduais são criadas por portarias do Secretário Estadual de Saúde. O Secretário de Saúde do município da capital é considerado membro nato dessa comissão. Cada Estado conta com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador (BRASIL, 1993).

Entre as funções dessas comissões estão a fiscalização do funcionamento dos planos e fundos de saúde, bem como dos conselhos de saúde, e a aprovação dos **relatórios de gestão**. Nessas instâncias também se negociam as prioridades e os recursos, bem como se definem as estratégias de descentralização e transferências de recursos e os instrumentos de planejamento e **gestão compartilhada** (FLEURY; OUVREY, 2007).

Muitas CIB têm criado câmaras técnicas, destinadas a estudar e propor ações sobre temas específicos que tenham especial relevância para a condução do SUS. Esse é o caso da assistência farmacêutica. Nessas câmaras técnicas, muitos colegas farmacêuticos têm participado ativamente nas negociações da pactuação das listas de referência de medicamentos, dos protocolos, das formas de repasse entre os estados e os municípios.

Além das discussões e negociações mais específicas da Assistência Farmacêutica, praticamente tudo o que passa pelas CIB e CIT impacta sobre a gestão da Assistência Farmacêutica, não é mesmo? A implantação de um novo serviço especializado – que gera nova demanda por determinados medicamentos; uma alteração nos serviços de saúde mental – pode necessitar de



alterações significativas na programação da Assistência Farmacêutica; ampliação de cobertura de qualquer programa de saúde implica necessidade de readequação dos recursos para a Assistência Farmacêutica. Portanto, esses são espaços fundamentais para que a gestão da Assistência Farmacêutica se consolide na gestão do SUS.

Bom, todas essas instâncias e as estratégias que o SUS vem implementando, ao longo desses quase 25 anos de existência, buscam construir um modelo de gestão com alto grau de participação que, na literatura, é denominado, como vimos antes, de cogestão. Então, qual é mesmo o significado desse tipo de gestão?

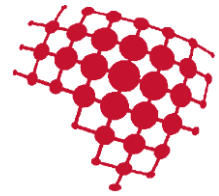
Segundo Motta (2003), é aquele que implica co-decisão em determinadas matérias e direito de consulta em outras, podendo ser paritária ou não.

Nessa concepção, observa-se que esse tipo de gestão pressupõe participação nas decisões, ainda que não em todas as decisões. Contudo ela é vista como um tipo em que a participação se dá em um grau mais elevado. Dela se deduz que nem sempre dizer que uma gestão é participativa significa que existe cogestão, embora não seja possível falar em cogestão sem participação. Contudo, para se configurar em co-gestão é necessário que essa participação aconteça de forma bastante significativa. Daí é possível dizer que **gestão participativa** é uma gestão em que existem consultas, estratégias de participação, mas não há necessariamente uma co-decisão, mesmo em algumas matérias.

No campo da saúde, essa discussão sobre tipos de gestão, e mais precisamente sobre cogestão, é tratada adequadamente no documento *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Gestão participativa e cogestão* (2009). Esse documento traz, de forma bem clara, os fundamentos do SUS em defesa de uma gestão com participação de diferentes atores, em diversas instâncias decisórias, qualificando-se como cogestão. O documento trabalha, ainda, o conceito de gestão de forma muito próxima àquela que estamos trazendo desde o início deste Curso. Vamos conhecer mais alguns trechos do documento? Já, sempre refletindo: como isso se aplica na minha realidade? Como posso trabalhar nesta perspectiva?

*(...) o espaço da gestão a partir da experiência brasileira passa a ser compreendido também como exercício de método, uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela co-produção de saúde (p.23).*

*(...) A gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas. Todos fazem gestão! Tomar a gestão como um método implica também na adição de*

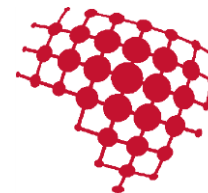


*outras funções para a gestão, para além de ser um espaço substantivo que permite a organização de saúde operar no tempo. No Brasil tem sido comum a expressão cogestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão. Em primeiro lugar, cogestão significa a **inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão** (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos, são gestores de seus processos de trabalho”. De outra parte, a idéia de cogestão **recompõe as funções da gestão** que, além de manter a organização funcionando, teria por tarefas:*

- ✓ *Analisar a instituição, produzir analisadores sociais – efeitos da ação político-institucional que trazem em si a perturbação, germe necessário para a produção de mudanças nas organizações. Assim, a gestão é concebida como um importante espaço para a problematização dos modelos de operar e agir institucional;*
- ✓ *Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar e os rumos da organização. Dessa forma, a gestão é também um espaço de criação;*
- ✓ *Constituir-se como espaço de tomada de decisão, portanto lugar substantivo de poder, entendido como capacidade de realização, força positiva, criadora;*
- ✓ *Ser um espaço pedagógico, lugar de aprender e de ensinar; espaço de aculturação, de produção e socialização de conhecimentos.*

*O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos” (p.24 e 25).*

*(...) “A inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios das organizações de saúde, para se concretizar como prática de gestão, necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas. Estas condições tomam expressão na forma de arranjos e dispositivos, os quais criam um sistema de cogestão, viabilizando a constituição de espaço-tempo para o exercício da gestão compartilhada, cogestão, cogoverno.*



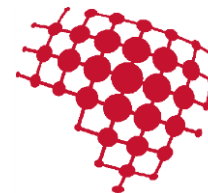
*A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão traria como efeito a ampliação da implicação e corresponsabilização do cuidado, uma vez que as definições, na forma da produção de tarefas, seriam coletivas, ou seja, derivadas de pactos entre os sujeitos, e não de imposições sobre eles. De outra parte, maior implicação e uma produção mais compartilhada de responsabilidades resultaria em mais e melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estaria ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde” (p.25).*

Falta ainda definir **“Autogestão”**. De novo recorreremos a Fernando Prestes Motta (2003). Esse autor considera que a autogestão não é participação. “Por autogestão se entende um sistema no qual a coletividade se auto-administra. Portanto, não se trata de participar de um poder, mas sim de ter um poder (p. 372)”. Segundo Motta (2003) há experiências autogestionárias históricas como a da Comuna de Paris, o movimento machnovista na Ucrânia em 1917 e boa parte da Espanha entre 1936 e 1939. Há também o caso da Iugoslávia, que se proclama autogestionária, mas cujo caráter autogestionário é pelo menos discutível. Há ainda movimentos pela autogestão importantes como o de Solidariedade na Polônia e experiências setoriais de autogestão em empresas e escolas.

Ainda segundo Motta (2003, p. 372), “nem sempre a participação visa à auto-gestão. Da mesma forma, é discutível se a favorece ou a dificulta. Segundo querem alguns estudiosos de algumas filiações ideológicas, ela é um caminho; segundo outros, é mais um descaminho”.

E aí, qual o modelo de gestão que mais se aplica ao SUS?

Como vimos, estamos caminhando no sentido de consolidar o modelo de cogestão, fortalecendo a participação e o compartilhamento das diversas instâncias de poder entre gestores e a população.



#### REFERÊNCIAS:

BRASIL. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>. Acesso em: 14 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009. 56 p.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007. 204 p.

MOTTA, F. C. P. Administração e participação: reflexões para a educação. **Educação e Pesquisa** [online], São Paulo, v. 29, n. 2, p. 369-373, 2003.