



Fascículo



CURSO  
**SER GESTOR SUS**  
2025

02

SER GESTOR MUNICIPAL DO SUS



2024. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Câmara Brasileira do Livro - <https://cbl.org.br/>.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

**CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – Conasems**  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B,  
Sala 144  
Zona Cívico-Administrativo,  
Brasília/DF  
CEP: 70058-900  
Tel.: (61) 3022-8900

Núcleo Pedagógico Conasems  
Rua Professor Antônio Aleixo, 756  
CEP 30180-150 Belo Horizonte/MG  
Tel: (31) 2534-2640

Diretoria Conasems Presidente  
Hisham Mohamad Hamida

Vice-Presidente  
Geraldo Reple Sobrinho  
Rodrigo Buarque Ferreira de Lima

Secretário Executivo  
Mauro Guimarães Junqueira

Desenvolvimento:  
Mais Conasems – NEAD/  
CONASEMS

Desenvolvimento:  
Núcleo EaD do Conasems

Coordenação Executiva:  
Conexões Consultoria em Saúde  
Ltda.

Direção Editorial:  
Marta de Sousa Lima

Coordenação Editorial:  
Keylla Manfili Fioravante

Coordenação Pedagógica:  
Kelly Cristina Santana

Curadoria Conasems:  
Cristiane Martins Pantaleão  
Denise Rinehart  
Marcos da Silveira Franco  
Maria da Penha Marques Sapata  
Nilo Bretas Junior

Revisão Técnica:  
Cristiane Martins Pantaleão  
Maria da Penha Marques Sapata  
Patricia da Silva Campos

Elaboração de texto:  
Denise Rinehart

Projeto Gráfico e Diagramação:  
Deslimites Design Gráfico

Preparação de texto:  
Camila Miranda

Revisão Linguística:  
Roberta Ker Elias

Imagens:  
Fototeca do Conasems  
Envato Elements  
<https://elements.envato.com>  
Shutterstock  
<https://www.shutterstock.com/pt>

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Rinehart, Denise  
Curso ser gestor SUS [livro eletrônico] : 2025 :  
fascículo 2 : ser gestor do SUS / Denise Rinehart. --  
1. ed. -- Brasília, DF : CONASEMS, 2024.  
PDF

Bibliografia.  
ISBN 978-85-63923-83-7

1. Municípios - Administração pública 2. Saúde  
pública 3. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Título.

24-233137

CDD-362.109

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Saúde pública 362.109

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





Este fascículo tem como objetivo abordar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal. Nele, trataremos das atribuições dos(as) gestores(as) municipais de saúde com base em quatro dimensões – ética, política, técnica e administrativa – que se complementam e se inter-relacionam. Essas dimensões de caráter e, também, educativas estão orientadas pela Lei Orgânica da Saúde e são pautadas pelos princípios doutrinários do SUS, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade.

# S I G L A S

**CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

**CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**COSEMS** - Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

**DCNT** - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCE** - Tribunal de Contas do Estado

**SUS** - Sistema Único de Saúde

# FIGURAS E QUADROS

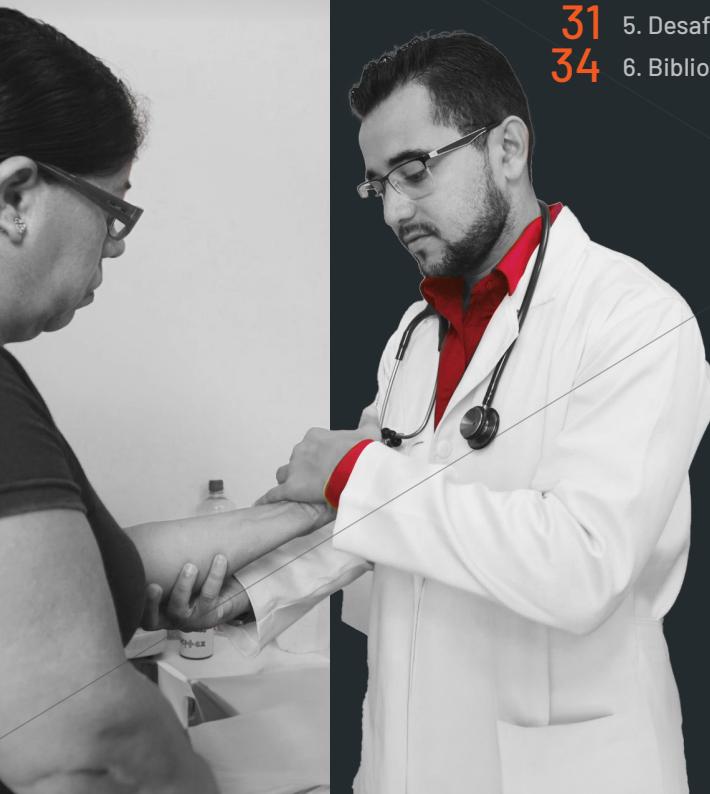
**9** Figura 1 - Universalidade, integralidade e equidade

**24** Figura 2 - Mecanismos de gestão do SUS

**25** Figura 3 - Articulação Interfederativa

# SUMÁRIO

<b>8</b>	1. Princípios doutrinários do SUS
<b>12</b>	2. Gestão no SUS e suas dimensões
<b>14</b>	2.1 Dimensão ética
<b>14</b>	2.2 Dimensão política
<b>16</b>	2.3 Dimensão técnica
<b>17</b>	2.4. Dimensão administrativa
<b>20</b>	3. Gestão compartilhada da saúde
<b>26</b>	4. O papel do(a) gestor(a) na efetivação do SUS
<b>31</b>	5. Desafios do(a) gestor(a) do SUS
<b>34</b>	6. Bibliografia





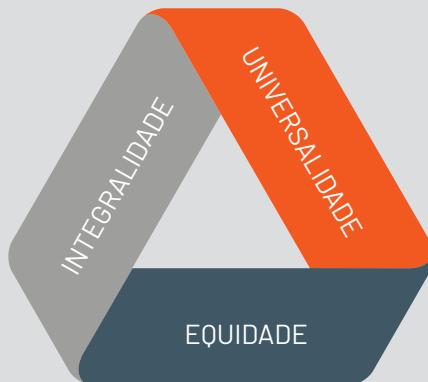
# **PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS**

# 1. PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

O(a) gestor(a) do SUS é a autoridade sanitária máxima presente em sua unidade federativa. Isso quer dizer que ele(a) é responsável pela garantia do direito à saúde na localidade onde atua.

Em todo o país, o SUS deve seguir as mesmas diretrizes. Por isso, a Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu três princípios básicos para orientar o sistema jurídico: a universalidade, a integralidade e a equidade. A seguir, versaremos melhor a respeito deles.

**Figura 1-** Universalidade, integralidade e equidade



Conasems, 2022 (Adaptado)

A universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer discriminação, têm direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde. A adoção desse princípio fundamental representou uma grande conquista democrática, tornando a saúde um dever do Estado, especialmente no que diz respeito às ações preventivas e ao tratamento de agravos.

Já a integralidade demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou de grupos, ainda que minoritários, em relação ao total da população, pressupondo que o Estado deve atender cada um de acordo com as suas demandas, inclusive, em níveis de complexidade diferenciados. A materialização desse princípio é concebida como um conjunto articulado de ações e de serviços de saúde preventivos e curativos, individualizados e coletivos, conforme os níveis de complexidade do sistema. A integralidade busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, completando-o em todos os níveis de atenção e inserindo-o no contexto social, familiar e cultural.

Por sua vez, a equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. Esse princípio significa reconhecer que todos precisam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos. A equidade norteia a política de saúde pública brasileira, reconhecendo necessidades de grupos específicos, atuando para reduzir o impacto das diferenças e oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com esse princípio, reconhecer as disparidades nas condições de vida das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas desigualdades sociais e deve atender a diversidade.

Assim, o(a) Gestor(a) Municipal do SUS deve zelar pelo cumprimento de um dos direitos fundamentais da CF de 88: o direito à saúde, produto da luta social no Brasil dos anos 1980 e impulsionado pelo anseio popular por justiça social e pela Reforma Sanitária (Brasil, 1988).

Como autoridade sanitária, o(a) gestor(a) municipal do SUS assume a responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e da consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais, que não se encerram no período de um governo. Entretanto, como age o(a) gestor(a) diante de suas

responsabilidades públicas e coletivas? Seu agir político exige mediação e diálogo permanentes, intra e intersetoriais, que devem ocorrer entre representantes ou lideranças instituídas e as demais esferas de gestão do município, da região e do estado, os setores da prefeitura, os trabalhadores(as) da saúde, os chefes dos demais poderes e a população. É importante frisar que muitos desses espaços de diálogo já existem e estão previstos no arcabouço jurídico e normativo do SUS como instâncias de negociação e decisão.





# GESTÃO NO SUS **E SUAS** **DIMENSÕES**

## 2. GESTÃO NO SUS E **SUAS DIMENSÕES**

Como foi apontado, as dimensões do trabalho de gestão no SUS são consideravelmente extensas e complexas. Para o exercício do cargo de gestor(a) da saúde, exige-se muita disciplina, principalmente em um cenário de demandas pós-pandemia. A atuação do(a) gestor(a) do SUS se consubstancia no exercício das funções gestoras na saúde. Essas funções articulam os saberes e as práticas de gestão nas dimensões necessárias para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Desta forma, ao lado das dimensões política, técnica e ética, acrescenta-se, também, a dimensão administrativa. Reforça-se, aqui, que, para obtenção de uma administração eficiente e com efetividade social para a população no campo da saúde, é necessário desenvolver um trabalho de sinergia entre a dimensão técnica e a dimensão administrativa. É preciso que o(a) gestor(a) tenha uma visão tática, de acordo com o planejamento estratégico da sua Secretaria Municipal de Saúde, de forma clara e objetiva, e busque se inserir nas demais esferas de gestão do SUS. Um de seus principais papéis é proporcionar a liderança local, pois, como já vimos, o(a) gestor(a) municipal de saúde é o principal agente de articulação, de promoção e de melhoria nos serviços de saúde prestados à população do município. Nas próximas linhas, apresentaremos os conceitos de cada uma das dimensões que contornam a gestão municipal do SUS.

## 2.1 Dimensão ética

Iniciaremos a reflexão desse subtópico pela dimensão ética, que deve ser entendida como um conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada pessoa e que são aceitos em uma realidade social. A atuação do(a) gestor(a) do SUS, do ponto de vista ético, é pautada no princípio da responsabilidade com os recursos públicos e visa à adoção de uma postura consciente, solidária, responsável e virtuosa. Todas as ações do(a) gestor(a), nesse sentido, devem ser comprometidas com o encorajamento, com o exercício e com o cultivo de uma ética de defesa e de afirmação da vida em sociedade. A gestão de recursos e a sua racionalização, por meio de um gasto qualificado, precisam ser permeadas por uma base ética, o que implica estabelecer prioridades de maneira equânime, definindo limites aceitáveis para a garantia da prestação de cuidados, a partir de opções terapêuticas inovadoras. Cuidar, portanto, torna-se muito mais que uma atitude, sendo o envolvimento com o outro e com a preservação da vida.

## 2.2 Dimensão política

Em sua atuação, o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde precisa agir e se relacionar com pessoas e grupos sociais diversos, de maneira a exercer a mediação e o diálogo permanentes, tanto com sua equipe quanto junto ao prefeito e às demais instâncias de decisão e de negociação já existentes no arcabouço jurídico e normativo do SUS. A atuação política do(a) gestor(a) do SUS se realiza em seu relacionamento constante com diversos grupos e atores sociais, em diferentes espaços de negociação, com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e com Comissões Intergestores da Saúde.

Os objetivos a serem alcançados na área da saúde exigem a interlocução do(a) gestor(a) com os poderes Legislativo e Judiciário, a exemplo dos órgãos de controle externo, como o Ministério Público, os Tribunais de Contas, os Observatórios Sociais, entre outros. Além disso, o relacionamento com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada favorece o reconhecimento das realidades vivenciadas.

Na dimensão política, a interação do gestor(a) de saúde do SUS no âmbito municipal envolve a articulação com o(a) prefeito(a),



objetivando a implementação do programa de governo da atual gestão. Prevê-se, também, o diálogo com vereadores(as), tendo em vista a relação do governo municipal com a base e com a oposição. Além disso, pressupõe-se o planejamento conjunto com gestores(as) de outras secretarias do município e o cumprimento de compromissos – inclusive anteriores – com órgãos de fiscalização, como o Ministério Público.

É importante salientar que a gestão municipal do SUS precisa evitar o distanciamento entre os poderes e superar os conflitos políticos. Nessa direção, o dever do(a) gestor(a) do SUS é focar na pluralidade dos interesses sociais, buscando a satisfação dos direitos fundamentais para a garantia do bem-estar social.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e as Comissões Intergestores Tripartites (CIT) são imprescindíveis nos processos de aproximação e de diálogo, sendo reconhecidas como foros de negociação e de pactuação entre gestores relacionados aos aspectos operacionais do SUS (Brasil, 2011). Na segunda parte do fascículo, trataremos, de maneira mais detalhada, das atribuições dessas comissões, bem como dos papéis do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Bessa e Faria (2006) indicam que a possibilidade de facilitar o diálogo político com vistas a evitar conflitos entre diferentes atores e o reforço das capacidades institucionais são ações essenciais nos processos de governança. Sendo assim, é bom lembrar que, para o alcance da pluralidade, as questões de governança também são fortes aliadas na dimensão política, que é peça fundamental na máquina pública para a eficácia em relação ao planejamento, à gestão e, principalmente, à transparéncia. Essa dimensão marca a democracia e, ao mediar as relações, objetiva uma gestão pública de qualidade, eficaz, eficiente, honesta, transparente, que preste contas e que dialogue com sua região de saúde.

Além das relações com as figuras políticas, com a sua equipe técnica e com o controle social, o(a) gestor (a) também deve considerar o papel do governo eletrônico. A transparéncia na gestão pública é uma mudança de paradigma, um novo conceito de governo, e sua aplicação na administração pública do SUS tem como objetivos melhorar os serviços e a informação oferecidos, simplificar os processos de suporte institucional e facilitar a criação de canais que permitam aumentar essa transparéncia e a participação cidadã. Neste ponto, a utilização de tecnologia de informação funciona para ampliar a eficiência na prestação de serviços e se torna um elemento de responsabilização, representando a democratização da gestão municipal do SUS.

### **2.3 Dimensão técnica**

As duas dimensões mencionadas (ética e política) moldam a dimensão técnica, que se configura no agir propriamente dito do(a) gestor(a), pois é nela que se dará a formulação de políticas, a elaboração dos planejamentos local e regional integrado, além de ações de regulação, de coordenação, de controle, de avaliação e de execução direta de serviços e, consequentemente, o financiamento para todos os custeiros e os investimentos necessários.

O conhecimento técnico do(a) gestor(a) e de sua equipe define a dimensão abstrata e analítica da gestão, isto é, a dimensão técnica, que garante a capacitação para a execução das políticas públicas na gestão do SUS, assumindo, portanto, um papel complementar e indissociável da dimensão administrativa. Ela requer, ainda, reflexão

e ação administrativa ao definir e aplicar técnicas e métodos que contribuam para melhorar os resultados da gestão e da vida social.

Assim, essa dimensão assume tanto a responsabilidade pela manutenção das políticas públicas no SUS, como, também, pela (re) orientação das práticas sociais, com vistas a possibilitar o alcance do bem-estar social.

Ressalta-se que a atuação técnica do(a) gestor(a) municipal do SUS é constantemente permeada por variáveis políticas, éticas e administrativas, concretizando-se no exercício das funções e das atribuições na saúde, cujo desempenho depende de conhecimentos, de habilidades e de experiências nos campos da gestão pública e da gestão em saúde.

Vamos relembrar que a configuração da atuação do(a) Gestor(a) Municipal do SUS vem se reformulando desde a promulgação da CF, quando várias atividades foram atribuídas aos municípios, entre elas:

- As funções relativas à coordenação do sistema no município, como a organização das portas de entrada do SUS.
- O estabelecimento de fluxos de referência. A integração da rede de serviços.
- A articulação com outros municípios.
- A regulação e a avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território.

## 2.4. Dimensão administrativa

Entre as diversas competências do(a) gestor(a) configuraram-se, ainda, aquelas de natureza burocrática: a gestão de pessoas, o cuidado com o patrimônio, a prestação de contas e as questões de manutenção da máquina pública, necessárias para o pleno funcionamento dos programas, dos projetos e das ações técnicas, essenciais à promoção de saúde e à minimização de riscos e de agravos, visando a prevenção da vida da população.

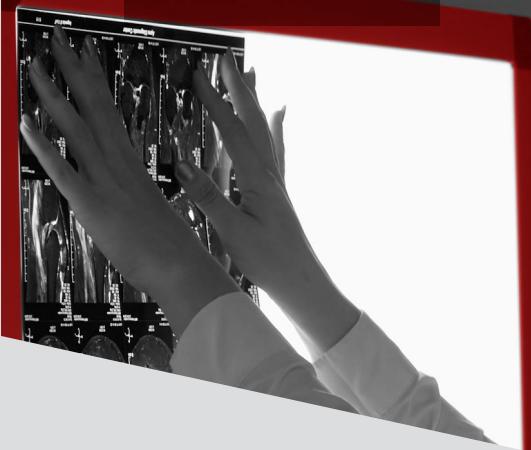
Nessa esfera, é importante destacar a atribuição de gerenciamento dos recursos humanos no SUS municipal. Essa questão se caracteriza pela contratação de profissionais de forma intensiva, multiprofissional e interdependente, em uma rede complexa de interesses pessoais, profissionais e sociais, que o(a) gestor(a) municipal do SUS deve coordenar e liderar. Restringindo-se ao âmbito do SUS, cabe pontuar a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e de consumo de cuidados de saúde.

Considerando que o(a) gestor(a) municipal de saúde é responsável pelo quadro de pessoas que atuam no setor, é importante que ele(a) esteja atento a alguns pontos. Primeiramente, os(as) profissionais das diversas subáreas ligadas à Secretaria de Saúde são o bastante para desenvolver as políticas públicas de saúde no município? Ter pessoal preparado e em número suficiente para atuar na saúde pública do território é primordial. Em segundo lugar, os(as) servidores(as) estão treinados para realizar as atividades? Por exemplo, como é feito o abastecimento da Secretaria Municipal de Saúde? As ações estão corretas? Como se dá o processo licitatório? A perspectiva logística também se insere na dimensão administrativa.

As problemáticas levantadas se correlacionam à dimensão ética e exigem conhecimento jurídico do gestor. O termo de ajuste de conduta e o processo de judicialização são conhecimentos de suma importância nestas ações. É imprescindível que o(a) gestor(a) tenha conhecimento de como esses pontos estão sendo trabalhados pelo seu corpo técnico.

Outra característica da dimensão administrativa são as atividades ligadas à área financeira, nas quais se inserem os processos de contabilidade do Fundo Municipal de Saúde, das contas da saúde e de financiamento do SUS. Na operacionalização dessas funções, a preparação técnica dos(as) profissionais é fundamental para que haja facilidade no manuseio de novas tecnologias que auxiliam e tornam as tomadas de decisão mais assertivas numa área tão relevante e complexa. Os(as) trabalhadores(as) que integram o setor administrativo, principalmente o(a) gestor(a), são responsáveis pelo controle e pela distribuição de recursos financeiros na instituição.

Aqui, cabe uma observação. O(a) gestor(a) de saúde é o(a) ordenador(a) de despesas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e essa é uma



responsabilidade que não pode ser delegada a outra pessoa. Ademais, é preciso ratificar que a contratualização das ações e dos serviços de saúde de forma complementar, no que se refere aos serviços terceirizados, por exemplo, também é de responsabilidade do(a) gestor(a).

Torna-se claro, portanto, que as quatro dimensões abordadas anteriormente se inter-relacionam na prática cotidiana e permanente do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde. Sua responsabilidade emerge como exigência de uma ação necessariamente coletiva e pública, comprometida com o encorajamento, com o exercício e com o cultivo da defesa e da afirmação da vida em sociedade.

Nesse sentido, pressupõe-se o entendimento de que o Estado brasileiro deve priorizar os direitos fundamentais, não devendo admitir que o interesse privado se sobreponha ao interesse público, e, por conseguinte, as ações do(a) gestor(a) devem se orientar pela ética. Tecnicamente, ele(a) precisa articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, de habilidades e de experiências nos campos de administração pública, de governança, de planejamento e de cuidado em saúde para a execução das políticas públicas que contemplam a área.

# GESTÃO COMPARTILHADA **DA SAÚDE**



## 3. GESTÃO COMPARTILHADA DA SAÚDE

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art.196).

A passagem mencionada se trata do artigo 196 da CF de 1988, que, pela primeira vez, contemplou o setor da saúde de forma clara e efetiva. É importante ressaltar que a "Constituição Cidadã", como ficou conhecida, foi um marco decisivo do pacto federativo brasileiro, consolidado no contexto da redemocratização política do país. Para fins de reflexão, nesse fascículo, cabe destacar três aspectos importantes nela registrados:

- A Universalização do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS(arts. 196 a 200).
- A institucionalização dos municípios como entes federativos com status jurídico-constitucional, assim como a União e os Estados (Art. 18);
- O estabelecimento de um modelo de federalismo cooperativo, no qual os três entes governamentais são corresponsáveis pela política de saúde (arts. 23 e 24).

Diante da inter-relação desses aspectos doutrinários, os municípios passaram a exercer um papel fundamental para a consolidação do SUS. Não obstante, a CF de 1988 definiu a saúde como direito de cidadania (Art. 196), cujo financiamento deve ser compartilhado entre os entes (Art. 197) e com organização regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- Participação da comunidade (Art. 198).

Ao instituir os municípios como entes federativos, a CF de 1988 lhes atribui responsabilidades legislativas, tributárias e de prestação de serviços públicos, como a saúde (Art. 30). Entretanto, a nova legislação não definiu a saúde como atribuição exclusiva dos municípios, pelo contrário, ela foi estabelecida como competência comum, cabendo aos três entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal.

Temos, portanto, um modelo baseado no compartilhamento de funções entre as esferas de governo no âmbito das políticas sociais, o que permite flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com capacidades administrativas e financeiras diversas.

Contudo, para funcionar bem e gerar bons resultados, é necessário que a federação desenvolva mecanismos de gestão compartilhada, promovendo o diálogo para a negociação e a pactuação, entre as diferentes esferas de governo, de aspectos operacionais do SUS.

Em outras palavras, para a implementação do SUS, é preciso definir os papéis e as responsabilidades de cada ente, bem como levar em conta a diversidade e a equidade regional do país. O SUS busca fazer isso desde a sua criação, com as Comissões Intergestores. Previstas na Lei 12466/11, elas se dividem em:

- Bipartite (CIB), de âmbito estadual, onde representantes da Secretaria Estadual de Saúde e Secretários Municipais de Saúde se reúnem.
- Tripartite (CIT), onde representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde se reúnem.

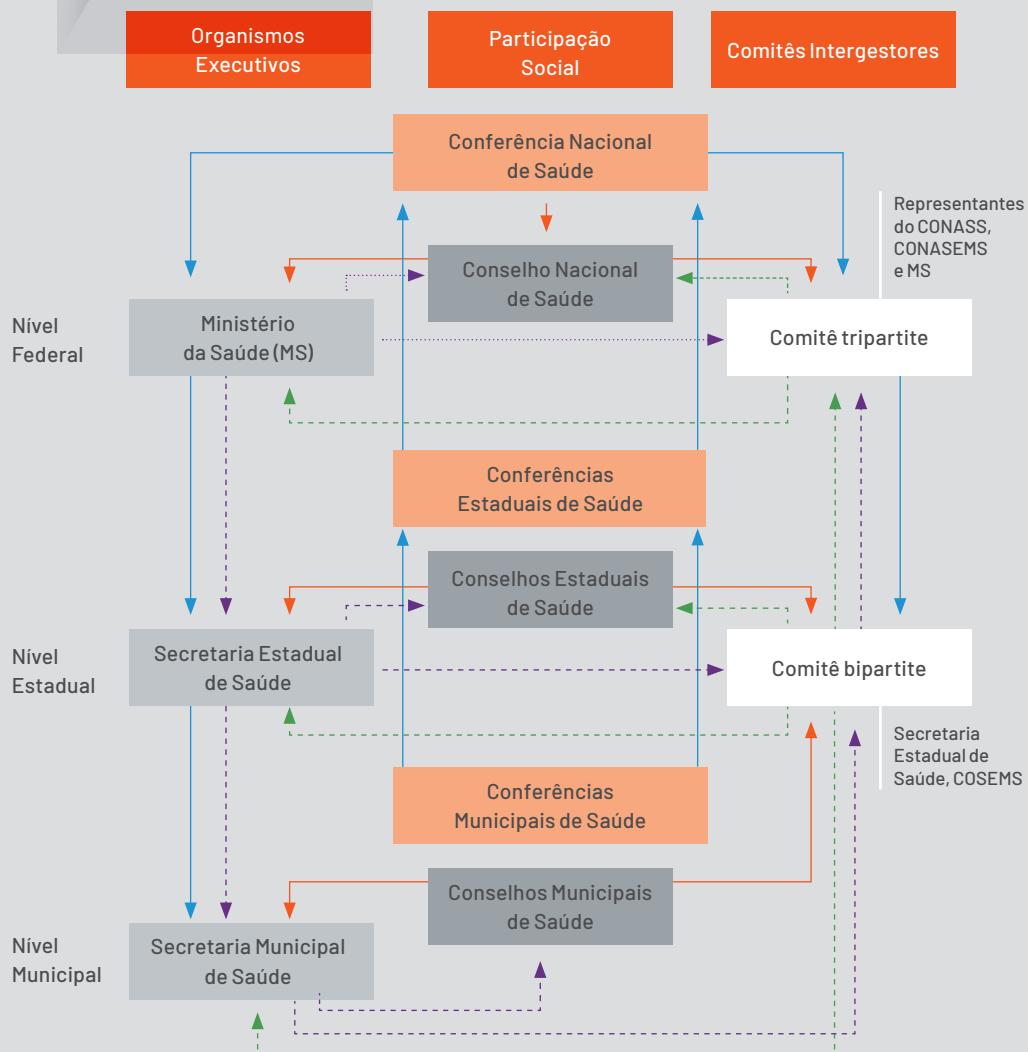
Essas comissões são reconhecidas como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada e cabe a elas, conforme estabelecido na Lei do SUS:

- 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. (Brasil, 2011, Art. 14-A).

Como mencionado na primeira parte do fascículo, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são entidades representativas dos entes estaduais e municipais, respectivamente, que tratam de matérias referentes à saúde, reconhecidas pela Lei 12466/11. Tais conselhos são declarados de utilidade pública e de relevante função social, podendo receber recursos do orçamento geral da União, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, tendo, ainda, a possibilidade de celebrar convênios com a União.

Mais especificamente, 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 vinculadas institucionalmente ao CONASEMS.

Ainda há um espaço de diálogo entre gestores nas regiões de saúde. Este foro regional é denominado Comissão Intergestores Regional (CIR). Prevista no Decreto nº 7508/11, a CIR é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais e deve observar as diretrizes da CIB. Mais adiante, destacaremos o papel da CIR na organização das redes de atenção à saúde, principalmente, no que se refere à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos nas regiões de saúde. Paim et al. (2011) desenham a reorganização do SUS da seguinte forma:

**Figura 2 – Mecanismos de gestão do SUS****Legenda:**

- Decisões de Conferências de Saúde
- Decisões de Conselhos de Saúde
- Propostas do MS
- Propostas das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde
- Decisões de Comitês Intergestores

Configura-se, desta maneira, a construção de um projeto audacioso para a organização do sistema público de saúde brasileiro, que busca ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado, e com a integralidade da atenção no território. É possível aprender mais sobre as comissões na Lei nº 8080/90; na Lei nº 8142/90 e na Lei Complementar nº 141/12.

**Figura 3 – Articulação Interfederativa**



Fonte: CONASEMS, 2024.



O PAPEL DO(A)  
GESTOR(A) NA  
**EFETIVAÇÃO**  
DO SUS

## 4. O PAPEL DO(A) GESTOR(A) NA **EFETIVAÇÃO DO SUS**

Considerando todo o arcabouço legal e normativo já instituído, como se apresenta a responsabilidade da efetivação do SUS para os(as) gestores(as) dos municípios brasileiros?

O desafio está em promover o diálogo com a pluralidade dos grupos e dos atores sociais, demandantes das políticas de saúde, que constroem e vivenciam o sistema. Para superá-lo, primeiro, é preciso identificar que o(a) gestor(a) do SUS é o(a) mediador(a) em diferentes planos e espaços. Sendo assim, ele(a) deve entender suas responsabilidades e as (co)responsabilidades daqueles que compartilham de suas ações.

Nesse sentido, o imperativo para ser gestor(a) do SUS se configura na atuação cotidiana de mediação, a fim de manter constante diálogo com os diferentes atores sociais e com as instâncias de negociação e pactuação, seja no âmbito central do sistema, seja com a equipe que o apoia. A seguir, elencamos alguns pressupostos dessa atuação.

Primeiro, para ser gestor(a) do SUS, é preciso dialogar com o controle social instituído e com a sociedade civil organizada. Não é por acaso que a CF de 1988 se expressa como o texto constitucional mais democrático que o país já produziu, consagrando um contexto favorável à participação dos cidadãos e das cidadãs nos processos de tomada das decisões políticas essenciais ao bem-estar coletivo. Os Conselhos de Políticas Públicas, especialmente os CMS, configuram-se

como espaços onde a população participa dos processos de tomada de decisões, de fiscalização e de controle dos gastos públicos, contribuindo para a avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental.

Em segundo lugar, ser gestor(a) do SUS significa conversar com os(as) trabalhadores(as) da saúde, entendendo que eles(as) são atores principais na consolidação das práticas de saúde no município. É necessário que os(as) gestores(as) aperfeiçoem e busquem alternativas de atuação que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população e promovendo, além do acesso, a qualificação necessária ao acolhimento e ao cuidado dos usuários e das usuárias dos serviços de saúde.

Atualmente, são reconhecidas novas necessidades de saúde da população brasileira, decorrentes, principalmente, de alterações no perfil demográfico, do aumento da perspectiva de vida, das alterações no padrão de adoecimento e de morte da população brasileira e do crescimento expressivo da incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e da mortalidade por causas externas, como violência e acidentes.

Por outro lado, o SUS, visto como um conjunto articulado de ações e de serviços voltados para a promoção da saúde e para o enfrentamento de riscos ou agravos apresentados pelas pessoas, possui como finalidade principal ofertar o cuidado em saúde. Aqui, vale esclarecer que “cuidado ofertado” tem relação com:

- A qualidade das práticas profissionais que se desenvolvem.
- A organização interna dos serviços de saúde.
- A organização sistêmica.

A qualificação do cuidado exige, portanto, mecanismos adequados de gestão que incidam em cada uma dessas dimensões. Assim, o grande desafio, na atualidade, é aperfeiçoar o SUS, de tal modo que ele possa responder adequadamente às novas necessidades de saúde da população. Nesta perspectiva, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos serviços de referência especializada e de Urgência e Emergência, a integração dos Sistemas de Saúde e a qualificação das

práticas clínicas em todos os serviços são importantes objetivos a serem alcançados no Brasil. As questões pontuadas visam superar a fragmentação do modelo de atenção e refletem tanto na estruturação dos serviços quanto nas práticas dos profissionais de saúde.

No mesmo sentido, pode-se dizer que ser gestor(a) do SUS é, também, manter diálogo permanente com os atores envolvidos na região de saúde. Isso porque dificilmente encontraremos algum município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar todas as ações de atenção à saúde. A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos e cidadãs não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral, ou seja, a eventual necessidade de complementariedade da assistência, mesmo fora do município, é uma corresponsabilidade da gestão municipal. A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação entre as políticas local, regional, estadual e nacional.

Percebe-se, aqui, a ênfase dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre gestores municipais na região e no estado. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. Portanto, o(a) gestor(a) municipal deve participarativamente das reuniões da CIR e atuar na condução e na formatação da região de saúde e das suas interrelações com os demais municípios e com outras esferas de poder.



No entanto, vale lembrar que nenhum estado ou município tem autonomia para deliberar sobre ações dentro de outro município, conforme estabelece o artigo 18 da CF de 1988. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos(as) gestores(as) e, mesmo assim, apenas a partir de consensos regionais construídos em CIR e em CIB. O SUS deve ser construído com base numa relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado.

Nesse ponto, é importante mencionar que o Brasil é uma república federativa formada por entes autônomos: a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. No entanto, para que o exercício dessa autonomia não afronte a soberania popular, o povo brasileiro decidiu que aqueles que executam as leis não devem ser os mesmos que legislam, bem como aqueles que executam as leis e legislam não devem ser os mesmos que julgam. Desse modo, não basta que a autonomia seja exercida pelas unidades federativas, é necessário que haja a separação dos poderes em Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário, cada um com uma função autônoma e independente. Essa separação não anula a aproximação, sendo o diálogo a peça-chave para uma relação harmônica em busca de soluções coletivas para os desafios da garantia do direito à saúde. Por isso, ser gestor(a) municipal de saúde implica dialogar constantemente com os poderes Legislativo e Judiciário.

Por fim, com a descentralização implementada pelo SUS, a gestão municipal passou a ser o principal contato entre os usuários e as usuárias e o poder público. Os problemas de saúde passaram a ser responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao Estado e à União o papel de apoio técnico e financeiro, de acordo com o artigo 30 da CF de 1988. O município transformou-se no principal protagonista nesta organização e, neste sentido, um programa de governo municipal para a saúde passa a ser, de fato, uma estratégia importante para contribuir na melhoria da qualidade de vida e de saúde. Esse programa de governo é escolhido pelo voto local, no momento da eleição do prefeito. Cabe ao gestor, portanto, utilizá-lo como uma das fontes de seu planejamento, uma vez que o prefeito foi escolhido democraticamente pelo voto da população, que o elegeu com base nessa proposta.

DESAFIOS  
DO(A)  
**GESTOR(A)**  
**DO SUS**



## 5. DESAFIOS DO(A) **GESTOR(A) DO SUS**

Apesar dos avanços observados no SUS em relação ao atendimento de milhões de brasileiros, anteriormente excluídos, à estruturação de redes descentralizadas de ações e serviços de saúde e à grande produção de ações e de serviços, ainda são grandes os desafios a serem enfrentados. Vamos destacar alguns deles:

- A estruturação da rede descentralizada de ações e de serviços de saúde.
- O subfinanciamento histórico e crônico do SUS.
- O amadurecimento do modelo de gestão tripartite.
- A superação da fragmentação do modelo de atenção com qualificação de suas práticas.
- A formação de profissionais da saúde voltados para o SUS, bem como a alocação de equipes em áreas remotas.
- Os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.
- A gestão da judicialização da saúde.



Porém, mesmo diante desses entraves, vimos que é possível fazer mudanças com conhecimento, com compromisso político, com cooperação entre as instituições e entes federados e com apoio da sociedade civil.

Nesse fascículo, apresentamos o(a) gestor(a) do SUS como o(a) representante do governo designado para o desenvolvimento das funções executivas na saúde. Em seu processo de trabalho, os princípios éticos, políticos, administrativos e técnicos compõem o alicerce para alcançar os objetivos coletivos e garantir avanços na saúde da população.

## 6. BIBLIOGRAFIA

BESSA, Luiz Fernando Macedo; FARIA, Sueli Correia. Governança ambiental: aspectos conceituais. In: **Texto Didático: Série Planejamento e Gestão Ambiental, 8, 6-15.** Brasília, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Congresso Nacional, 05 out. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituciona/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituciona/constituicao.htm). Acesso em: 04 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>. Acesso em: 04 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 04 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 a.** Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm). Acesso em: 04 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 b.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do

art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em: 04 abr. 2024.

**BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e 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 nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/588291>. Acesso em: 04 abr. 2024.

**BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 04 abr. 2024.

**CONASEMS. Manual do Gestor Municipal do SUS.** 2a Edição Digital – revisada e ampliada. Brasília, 2021. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual\\_do\\_gestor\\_2021\\_F02.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02.pdf). Acesso em: 04 abr. 2024.

**CONASEMS. Webdoc Brasil, aqui tem SUS: em Manicoré (AM), gestão de saúde foi ao encontro da população para a construção conjunta do Plano Municipal de Saúde.** Brasília, 2023. Disponível em: [https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/6109\\_webdoc-brasil-aqui-tem-sus-em-manicore-am-gestao-de-saude-foi-ao-encontro-da-populacao-para-a-construcao-conjunta-do-plano-municipal-de-saude](https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/6109_webdoc-brasil-aqui-tem-sus-em-manicore-am-gestao-de-saude-foi-ao-encontro-da-populacao-para-a-construcao-conjunta-do-plano-municipal-de-saude). Acesso em: 04 abr. 2024.

**PAIM, J. et al.** Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **ACTR.org.br**, Séries, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: [https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf). Acesso em: 04 abr. 2024.

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

