

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ISABELLA DUQUE SOUZA**

**MODELOS DE GESTÃO REGIONALIZANTES DE SAÚDE PÚBLICA**

VOLTA REDONDA  
2018

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**MODELOS DE GESTÃO REGIONALIZANTES DE SAÚDE PÚBLICA**

Monografia apresentada ao curso de Direito do UniFOA como requisito à obtenção do título de bacharel em Direito

Aluna:

Isabella Duque Souza

Orientador:

Prof. Benevenuto Silva dos Santos

**VOLTA REDONDA**

**2018**



A Deus. À minha família. A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia, e aos meus queridos amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Agradeço também aos meus pais, Eldiane e Vaniero, que nunca mediram esforços para que eu pudesse chegar onde estou hoje. Agradeço ao meu noivo, Pedro, que nunca me deixou desistir e nem desanimar nessa trajetória final, sempre acreditando em mim e no meu potencial. Agradeço também ao meu orientador Benevenuto Santos, pelas considerações e incentivos que tornaram possíveis a conclusão desta monografia. Aos professores Suiá Fernandes, Daniel Jordão e Marise Baptista Fiorenzano, minha gratidão pelas preciosas lições de humildade e sabedoria. Agradeço também, aos amigos queridos, Gláucia Olivar, Kaio Oliveira e Diogo del Blanco, o incentivo, a amizade, a companhia e o apoio.

## RESUMO

A atuação dos municípios de forma meramente local, nos serviços públicos de saúde, pode gerar um fluxo de despesas públicas que, em determinado momento, pode comprometer a capacidade financeira dos órgãos e entidades envolvidos. Atualmente, o modelo de gestão da saúde pública é quase que integralmente vinculado à atuação dos municípios. Dessa forma, a análise central do presente estudo diz respeito à qual seria o melhor ou os melhores modelos de gestão da saúde pública em âmbito nacional. A questão é que diversos serviços públicos podem ser ofertados a partir do agrupamento de entes governamentais. Alguns mecanismos descentralizantes já estão sendo colocados em prática pelas diversas esferas de governo, em especial os consórcios públicos e, em menor grau, as fundações estatais intergovernamentais. Esses mecanismos podem favorecer o planejamento intergovernamental; permitir a articulação das políticas públicas entre os entes federativos; minimizar a fragmentação e racionalizar os investimentos realizados pela União, Estados e Municípios, especialmente na implementação de projetos e atividades em que são impossíveis soluções estritamente municipais, como é o caso da saúde.

**Palavras-chave:** Serviços públicos; saúde; modelos de gestão; descentralização.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>08</b>
<b>2.1 Período monárquico e República Velha .....</b>	<b>08</b>
<b>2.2 Período Vargas e Governos Militares .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 Unificação da previdência social e saúde previdenciária .....</b>	<b>12</b>
<b>3 DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Da competência constitucional .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Estrutura nacional .....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Princípios .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 Da atuação da iniciativa privada suplementarmente à saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>3.5 Da Descentralização Como Postulado Do Sistema De Saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>3.6 Aspectos da Descentralização e Cooperação .....</b>	<b>27</b>
<b>4 MODELOS DE DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA EM SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Das Fundações Estatais de Direito Privado .....</b>	<b>30</b>
<b>4.1.1 As Fundações Estatais como modelo de gestão da saúde pública e o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1.2 Da Fundação Estatal Interfederativa: O caso da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2 Das organizações sociais em saúde pública .....</b>	<b>35</b>
<b>4.2.1 Dos convênios .....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Dos Consórcios Públicos .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3.1 Natureza .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3.2 Formalização .....</b>	<b>41</b>

4.4 Dos consórcios públicos na área da saúde.....	42
4.5 A possibilidade de associações civis na esfera da Administração Pública - O Consórcio Administrativo .....	43
5 CONCLUSÃO .....	45
6 REFERÊNCIAS .....	47

## 1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde, no Brasil, devem se organizar em um sistema único de saúde, capaz de oferecer assistência integral à população, conforme dispõe a Constituição Federal de 1988. Isso impôs aos entes federativos, naturalmente desiguais entre si e dotados de autonomia político-administrativa, o desafio de atuarem em rede, por meio de um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias.

Dessa forma, para garantir a configuração de rede integrada, regionalizada e hierarquizada, que se organiza de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, os entes federativos precisam adotar métodos e instrumentos de gestão intergovernamental que viabilizem o compartilhamento de decisões entre eles (SANTOS e ANDRADE, 2013).

Em um ambiente de extrema heterogeneidade - como o que caracteriza a Federação brasileira, fruto da descentralização efetivada na primeira década do SUS - ficou claro que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer suporte à plena realização dos objetivos do Sistema Nacional de Saúde. Era necessário racionalizar o sistema para equacionar a fragmentação na prestação dos serviços e as desproporções de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, correndo o risco de perda de eficiência e, conseqüentemente, resultados negativos.

Ressalte-se que a municipalização trouxe avanços incontestáveis ao sistema de saúde brasileiro, porém alguns aspectos indesejados também surgiram, tais como, a dificuldade nas definições de responsabilidades e até mesmo do comando sobre os serviços devido à fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios, tendo as instâncias estaduais ficado desprovidas de incentivos financeiros para realizarem essas funções. Dessa forma, o que deve ser repensado é a participação direta dos Estados na gestão desses modelos.

## 2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O setor da saúde sofreu influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo. É sabido que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado Brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, no que diz respeito tanto à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população quanto à destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

Apenas nos períodos em que determinadas epidemias ou endemias são consideradas importantes em termos econômicos ou sociais é que elas passam a ser alvo de maior atenção por parte do governo, tornando-se, pelo menos, um discurso institucional, até deixarem de ter importância, estando fadadas a um plano secundário. Além disso, por conta da falta de clareza e definição relacionados à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil, em certos períodos.

### 2.1 Período monárquico e República Velha

Com a vinda da família real para o Brasil, tornou-se indispensável a criação de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Até 1850, as atividades de saúde pública limitavam-se à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e controle de navios e saúde dos portos. Verifica-se que o principal interesse consistia no estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do Império, tendência que se estendeu por quase um século (POLIGNANO, s.d.).

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme. Para se ter uma ideia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão (SALLES, 1971 *apud* POLIGNANO, s.d.). Em outros estados brasileiros, inexistiam tais profissionais.

Em 1808, foi fundado, na Bahia, o Colégio Médico-Cirúrgico, no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador, por Dom João VI. Mais tarde, em novembro do mesmo ano, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro foi criada, anexa ao Real Hospital Militar.

Certamente, a falta de um modelo sanitário para o país deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias.

No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente, a peste, o que acabou gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, s.d., p.4).

O então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Tal modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista” e foi idealizado a partir de uma visão militar em que os fins justificam os meios e segundo a qual a força e a autoridade eram consideradas como instrumentos primordiais de ação.

Em outubro de 1904, com a criação da Lei Federal nº 1261, a onda de insatisfação agravou-se. Tal lei instituiu que a vacinação anti-varíola era obrigatória para todo o território nacional. Consequentemente, um grande movimento popular de revolta surgiu, ficando conhecido na história como a “Revolta da Vacina”.

Vale ressaltar, que apesar das arbitrariedades e abusos cometidos, o modelo “campanhista” obteve importantes vitórias no combate e controle das doenças epidêmicas, tendo logrado êxito inclusive na erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, fortalecendo, assim, o modelo proposto, tornando-o proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Em 1920, o Departamento Nacional de Saúde foi reestruturado por Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz. Introduziu-se a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz, que era exclusivamente fiscal e policial. Órgãos especializados no combate à tuberculose, lepra e as doenças venéreas foram criados; a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial destacaram-se como problemas individualizados e, ainda, expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro (POLIGNANO, s.d.).

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, assentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (MENDES, 1992 *apud* POLIGNANO, s.d., p.6).

A acumulação capitalista proveniente do comércio exterior possibilitou o início do processo de industrialização no país, que se deu majoritariamente no eixo Rio-São Paulo. Tal processo foi acompanhado de uma crescente urbanização e da utilização de mão-de-obra imigrante nas indústrias. Os operários, na época, não tinham quaisquer garantias trabalhistas. Ressalta-se que os imigrantes, especialmente os italianos, traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já haviam sido conquistados pelos trabalhadores europeus e, desta forma, buscaram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil para a luta pelas conquistas dos seus direitos. Desse modo, tendo em vista as péssimas condições de trabalho existentes e a falta de garantias e direitos trabalhistas, em 1917 e 1919, o movimento operário realizou duas greves gerais no país, conquistando, assim, alguns direitos sociais.

A Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, foi aprovada pelo Congresso Nacional em janeiro 1923. Através desta lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). As caixas eram organizadas por empresas e não por categorias profissionais. Sua criação não era automática vez que dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

A CAP dos ferroviários foi a primeira constituída, o que pode ser explicado pela importância que esse setor desempenhava na economia do país naquela época e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía. Era administrada por uma comissão formada por três representantes da empresa. Um deles assumia a presidência da comissão e os outros dois eram representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do INPS (1967), quando foram afastados do processo

administrativo. Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários e médicos. Em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas (POSSAS, 1981 *apud* POLIGNANO, s.d.).

## 2.2 Período Vargas e Governos Militares

Comandada por Getúlio Vargas, é instalada a revolução, que, em 1930, rompe com a chamada “política do café com leite”, tecida entre os governos de São Paulo e Minas Gerais, que alternadamente elegiam o Presidente da República. No mesmo período, foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista.

No que diz respeito à previdência social, a política do Estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. As antigas CAP's, portanto, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Tais institutos organizavam os trabalhadores por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, s.d., p.11).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que se resumia a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência (FUNASA, 2017).

Depois de longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social (Lei 3.807) finalmente foi sancionada e promulgada, em 1960, estabelecendo a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluindo-se, além dos trabalhadores rurais, os

empregados domésticos, os servidores públicos e de autarquias e aqueles que tivessem regimes próprios de previdência. Com o movimento revolucionário de 1964, o processo de unificação só avançou e nesse mesmo ano foi promovida uma intervenção generalizada em todos os IAP's e os conselhos administrativos foram substituídos por juntas interventoras.

### **2.3 Unificação da previdência social e saúde previdenciária**

Em 1967, a unificação consolida-se com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS), reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

Com a unificação do sistema previdenciário, o governo militar viu-se na obrigação de incorporar vários benefícios já instituídos e oferecidos por diversos IAP's, como o da assistência médica. Entretanto, ao aumentar consideravelmente o número de contribuintes e, por consequência, de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Frente a isso, o governo militar precisava decidir onde alocar os recursos públicos para atender à necessidade de ampliação do sistema, tendo, ao final, optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Desse modo, estabeleceram-se convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos e, conseqüentemente, capitalizando tais grupos, provocando, assim, o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial. Esse sistema foi tornando-se cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, o que acabou levando à criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978 (POLIGNANO, s.d.).

Vale ressaltar que no período militar foram desenvolvidas diversas ações para a organização da saúde pública no Brasil, tais como a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde; a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM), em 1970, com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária, além da instituição, no papel, do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao entrar em crise, o modelo econômico implantado pela ditadura militar começou a se mostrar totalmente ineficiente. Baixos salários, desemprego, aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil foram apenas algumas das consequências trazidas pela crise. Consequentemente, o modelo de saúde previdenciário começou a apresentar problemas uma vez que, por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo).

Com a diminuição do crescimento econômico e a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas; os aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; a incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, viam-se excluídos do sistema; e o não repasse pela União de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário foram outros graves problemas enfrentados por tal modelo. Obviamente, devido à escassez de recursos para a sua manutenção, aumento dos custos operacionais e descrédito social para resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise.

Esforçando-se para controlar os gastos e combater fraudes, o governo criou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

(CONASP), ligado ao INAMPS. O plano propunha a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário e da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial (POLIGNANO, s.d.).

Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), que visava a um novo modelo assistencial, incorporando o setor público e procurando integrar, ao mesmo tempo, ações curativas-preventivas e educativas. Assim, a Previdência passou a comprar e pagar por serviços prestados pelos estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Vale mencionar que

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde). Estes fatos ocorreram concomitantemente à eleição da Assembleia Nacional Constituinte, em 1986, e a promulgação da nova Constituição em 1988 (POLIGNANO, s.d., p.21).

Isso posto, tem-se que, em 1990, o Governo editou as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando, assim, o SUS, criado pela Constituição de 1988. Apesar de o SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em setembro de 1990. Frise-se que a Lei 8.080 foi criada definindo o modelo operacional do SUS e propondo a sua forma de organização e funcionamento.

A concepção do SUS, segundo o texto constitucional, baseava-se claramente na criação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, buscando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Essa visão refletia o momento político que a sociedade brasileira

enfrentava, recém-saída de uma ditadura militar, regime no qual a cidadania nunca foi um princípio de governo.

### **3 DA ORGANIZAÇÃO DO SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)**

Regulamentado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências (BRASIL, 1990). Outrossim, a lei que o regulamenta engloba diversos princípios fundamentados em ética e solidariedade que devem nortear o sistema, tais como universalidade (qualquer cidadão brasileiro possui o direito de usufruir dos serviços do SUS); equidade (tais serviços precisam ser oferecidos conforme a necessidade da população, com justiça social); e integralidade (os serviços necessitam estar voltados para prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação, satisfazendo às necessidades de saúde dos cidadãos de forma geral) (SOLHA, 2014).

O SUS é composto por diversos serviços com objetivos distintos e conexos, contudo eles estão sempre baseados na assistência à saúde e acompanhando os princípios e diretrizes indicados pela Lei 8.080/90. Tais serviços podem ser geridos por quaisquer das três esferas governamentais: federal, estadual e municipal, observando a ênfase na regionalização quando a dimensão de suas ações empreendidas permitir. Os serviços de caráter federal comumente determinam regras e fluxos que servirão de parâmetro para os demais serviços nacionais (estaduais e municipais), e estes, por sua vez, servem de modelo local, sendo responsáveis por seus Estados e cidades (SOLHA, 2014).

Os seguintes serviços compõem o SUS: Instituições de pesquisa; institutos de controle de qualidade; laboratórios farmacêuticos oficiais; agências reguladoras; laboratórios de análises clínicas; serviços (ou equipamentos) de assistência direta à saúde; escolas técnicas do SUS. A Lei ainda prevê que os serviços ligados diretamente às Forças Armadas (Exército, Aeronáutica, Marinha) podem ser integrados à rede pública, mas seu foco principal é oferecer assistência de saúde aos militares e suas famílias (SOLHA, 2014).

Somente dois anos após a criação da Constituição Federal de 1988 é que o SUS foi regulamentado pela Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. A partir disso, foram criadas e estabelecidas as normas gerais para organização e gestão do SUS

(BRASIL, 1990). Além disso, em 28 de dezembro de 1990, foi criada a Lei 8.142, que dispõe sobre o controle social e repasse de verbas para os municípios. Essas duas Leis juntas são denominadas Lei Orgânica de Saúde (LOS) (SOLHA, 2014).

### 3.1 Da competência constitucional

O direito à saúde está inserido no contexto dos direitos sociais constitucionalmente garantidos. Trata-se de direito público subjetivo, mais precisamente, uma prerrogativa jurídica, indisponível e assegurada à generalidade das pessoas (PRETEL, 2010).

A competência é comum entre os entes federativos, ou seja, União, Estados, Distrito Federal e Municípios possuem o dever de zelar pela saúde, conforme art. 23, II, CRFB/88<sup>1</sup>. Quanto à capacidade legislativa, temos que compete concorrentemente à União, Estados e Distrito Federal legislar sobre a proteção e defesa da saúde. Aos municípios compete, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, prestar serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, 1988).

Quanto aos princípios que nortearam o desenvolvimento do SUS, uma grande parte foi reconhecida, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, quando o tema “Saúde” foi conceituado da seguinte forma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988 apud SOLHA, 2014, p. 15).

O SUS organiza-se em ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, dessa forma, um sistema único, organizado de acordo com diretrizes, tais como a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as atividades

---

<sup>1</sup> Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1998, em seu art. 200, traz as competências do SUS. Algumas delas relacionam-se com controle e fiscalização, outras com a execução de determinadas ações, além da participação e colaboração com a proteção do meio ambiente, formulação de políticas de saneamento básico, entre outras atribuições.<sup>2</sup>

Cumprе ressaltar que a estruturação da Saúde não é de responsabilidade única do SUS, mas sim de todos os setores da sociedade, que devem participar ativamente desse processo, pois as condições de vida são fundamentais para elevar o nível de saúde das populações (SOLHA, 2014).

### **3.2 Estrutura nacional**

O SUS é composto por diversas entidades que, em âmbito nacional, auxiliam em sua organização e estruturação. Dentre elas, temos o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os Conselhos de Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

Em relação ao Ministério da Saúde:

[Ele] é o gestor nacional do SUS, formulando, normatizando, fiscalizando, monitorando e avaliando políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite

---

<sup>2</sup> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

(CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 1).

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) auxilia na criação das políticas e ações de saúde, oferecendo suporte aos municípios em parceria com o Conselho Estadual, e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Já a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em parceria com o Conselho Municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os Conselhos de Saúde atuam em âmbito nacional, estadual ou municipal, em caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na criação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O número de membros do Conselho de Saúde obedece à seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, cabendo a cada Conselho tal definição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) são foros de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do SUS. Entretanto, a CIB atua no âmbito estadual e municipal e a CIT atua tanto no âmbito estadual e municipal, quanto no âmbito federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Já o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass):

É a entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde. Já o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é a entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 1).

Quanto aos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), estes 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 (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), na forma que dispuserem seus estatutos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Percebe-se, dessa forma, a amplitude e abrangência do SUS, que se organiza em uma estrutura nacional, englobando todas as esferas governamentais.

### **3.3 Princípios e diretrizes**

Com a criação do SUS, princípios e diretrizes foram ponderados, avaliados e discutidos para nortear e organizar o trabalho de todos os envolvidos na instituição e operacionalização do Sistema. Tais princípios e diretrizes são preceitos éticos e organizacionais que devem embasar as providências adotadas em todos os níveis de gestão e na rotina dos serviços de saúde.

A universalidade é considerada um dos princípios do SUS e está baseada no fato legal de que todos os brasileiros possuem direito à saúde, sendo o Estado o prestador dos serviços. Assim, o Estado deve assegurar o acesso aos serviços e ações indispensáveis para a manutenção da saúde da população brasileira, de forma igualitária, sem discriminações de quaisquer origens. Essas ações são extensivas, não estando restritas a um serviço único. Elas ocorrem em todas as situações de assistência à saúde. Além disso, para assegurar o acesso universal, deve-se atentar à gravidade do risco à saúde, levando-se em conta a vulnerabilidade da pessoa e o critério cronológico, observando-se sempre as peculiaridades previstas em Lei para pessoas com proteção especial. Ressalta-se que os riscos individuais e coletivos devem prevalecer sobre quaisquer outros critérios (SOLHA, 2014).

Critérios para estruturar o acesso são essenciais visto que o SUS atende 90% da população brasileira. Entretanto, tais critérios não podem dificultar ou até mesmo

impossibilita o acesso ao Sistema. Garantir o acesso aos serviços de maior complexidade está entre uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo SUS, considerando que, muitas vezes, equipamentos estão sucateados e faltam profissionais qualificados. Até mesmo o número de serviços é insuficiente em muitas regiões do país. Tanto a Constituição Federal quanto a Lei nº 8.080 prezam pela articulação das ações e serviços de saúde entre os setores de saúde e outros setores da sociedade. O foco principal deve estar na prevenção de doenças e promoção da saúde, sem contar com as ações de recuperação e reabilitação (SOLHA, 2014).

A integralidade também é considerada um dos princípios fundamentais do SUS e foi conceituada da seguinte maneira: “Integralidade é organizar os serviços e ações de modo a oferecer cuidados que abranjam as quatro faces da assistência à saúde, fazendo que elas se complementem, atendendo todas as necessidades de saúde da população”. Tal conceito ratifica a percepção da saúde de forma mais ampla e complexa quando considera que o ser humano relaciona-se com o mundo social e está sempre em mutação, submetendo o Sistema e os profissionais da saúde à remodelagem e atualização de suas práticas para que possam satisfazer as novas demandas de maneira específica e ajustada à realidade do momento (SOLHA, 2014).

Outro princípio do Sistema Único de Saúde é a equidade. “Equidade significa que fazer justiça, mais que tratar as pessoas igualmente, é agir de forma justa, reduzindo as desigualdades sociais da nossa sociedade”. Com os consideráveis problemas sociais, latentes em nosso país, diversas pessoas não possuem acesso ao necessário para garantir uma vida saudável, como, por exemplo, educação. Isso prejudica o acesso às informações e o desenvolvimento de ações fundamentais para a preservação da saúde, tornando-as mais vulneráveis (SOLHA, 2014).

Essas diferenças determinam também a necessidade de ações voltadas para grupos minoritários e que apresentam condições de saúde desfavoráveis, resultados da história de vida e história social desses grupos: idosos, indígenas, quilombolas, população de rua, imigrantes/migrantes, entre outros (SOLHA, 2014, p. 25).

Com relação às diretrizes do SUS, pode-se considerá-las como normas de procedimento. A hierarquização é uma diretriz organizadora, que parte da

classificação dos serviços, considerando a complexidade tecnológica de cada um deles.

Eles são categorizados de acordo com o tipo de cuidado prestado e com as tecnologias utilizadas. Foram determinados três níveis de atenção à saúde: básico (ou primário), secundário e terciário, os quais, atualmente, são chamados de baixa, média e alta complexidade (SOLHA, 2014, p. 33).

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde. Nela, são utilizadas tecnologias de baixa densidade, ou seja, mais baratas e menos complexas, mas que atendem, entretanto, à maioria das necessidades de saúde da população. A média complexidade diz respeito aos serviços e ações que reúnem profissionais e recursos tecnológicos específicos, visando atender às demandas de saúde que não podem ser adequadamente sanadas por tecnologias de baixa densidade. São as policlínicas/ambulatórios e os hospitais gerais. Já a alta complexidade vincula-se aos procedimentos que demandam alta tecnologia, com muitos equipamentos e profissionais especializados. São, assim, de alto custo, devendo ser integrados com a Atenção Básica e os serviços de média complexidade (SOLHA, 2014).

Quanto à descentralização e comando único, como uma das diretrizes do SUS, menciona-se que:

A descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 1).

Para que tal descentralização vigore, existe a concepção constitucional do comando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Cumpramos ressaltar que:

O Sistema Único de Saúde foi resultado de um processo democrático, com forte participação dos movimentos populares. Sendo assim, a participação popular é um dos seus princípios, garantido por lei. A Lei no 8.142 determina que a participação popular deve acontecer em fóruns específicos, que são as

conferências e os conselhos de saúde. Estes, por sua vez, possuem caráter deliberativo (isto é, poder de decisão) e devem ser compostos de forma paritária (igualitária) por usuários do SUS, trabalhadores do SUS e gestores/gerentes – todos chamados de conselheiros de saúde. Sem essa estrutura mínima, a União (governo federal) não realiza os repasses financeiros para os estados e municípios. Essa regra criada pela lei não impossibilita as comunidades de se organizarem de outras formas, e temos como exemplo as comunidades virtuais, que se organizam pela internet e promovem discussões e atos públicos voltados para a resolução de problemas em nosso país (SOLHA, 2014, p. 26).

### **3.4 Da atuação da iniciativa privada suplementarmente à saúde**

Quando da promulgação da Constituição Federal em 1988, o direito à saúde teve destaque dentre seus dispositivos, certamente com o objetivo de se redimir do período em que este direito era denegado à maioria da população, tendo em vista que os beneficiários eram pessoas que estavam sob a égide da Previdência Social.

Consoante entendimento do jurista e professor José Afonso Silva,

É espantoso como um bem extraordinariamente relevante à vida humana só na Constituição de 1988 tenha sido elevado à condição de direito fundamental do homem. E há de informar-se pelo princípio de que o direito à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da Ciência Médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais (SILVA, 2008, p. 185).

Com a promoção da reforma sanitária, e, buscando conferir efetividade à norma, é que foi criado o SUS, destinado a prestar assistência aos cidadãos, garantindo-lhes serviços médico-hospitalares, conforme já mencionado anteriormente. Entretanto, atentando-se para as diversas necessidades demandas pelos cidadãos, verificou-se que o SUS não era capaz de atender integralmente a todas as solicitações. Dessa forma, a Constituição Federal de 1988, já prevendo a possibilidade de tal situação, estabeleceu que seria possível a atuação da iniciativa privada suplementarmente à saúde, através de contratos de direito público ou convênios.

Em concordância com o art. 199 da CRFB/88<sup>3</sup>, a iniciativa privada pode constituir planos de saúde e operá-los, dentro, evidentemente, das normas legais estabelecidas. Ademais, segundo entendimento jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal (STF),

O indivíduo tem liberdade para se utilizar, conjunta ou exclusivamente, do atendimento prestado pelo serviço público de saúde ou daquele disponibilizado por entidades particulares. Inexiste ofensa à Constituição no fato de o paciente, à custa de recursos próprios, complementar com o serviço privado o atendimento arcado pelo SUS. (RE 516.671-AgR, rel. min. Ricardo Lewandowski, julgamento em 1º-6-2010, Primeira Turma, DJE de 6-8-2010.)

A CF assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, facultada à iniciativa privada a participação de forma complementar no sistema único de saúde, por meio de contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CF, art. 199, § 1º). Por outro lado, assentou balizas entre previdência e assistência social, quando dispôs no art. 201, caput e inciso I, que os planos previdenciários, mediante contribuição, atenderão à cobertura dos eventos ali arrolados, e no art. 203, caput, fixou que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, tendo por fim a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; à habilitação e reabilitação das pessoas deficientes e à promoção de sua integração à vida comunitária; à garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, inferindo-se desse conjunto normativo que a assistência social está dirigida à toda coletividade, não se restringindo aos que não podem contribuir. Vê-se, pois, que a assistência à saúde não é ônus da sociedade isoladamente e sim dever do Estado. A iniciativa privada não pode ser compelida a assistir à saúde ou a complementar a previdência social sem a devida contraprestação. Por isso, se as entidades privadas se dispuseram a conferir aos seus filiados benefícios previdenciários complementares e os contratados assumiram a obrigação de pagar por isso, o exercício dessa faculdade não lhes assegura o direito à imunidade tributária constitucional, outorgada pelo legislador apenas às entidades que prestam assistência social, independentemente de contribuição à seguridade social (CF, art. 203), como estímulo ao altruísmo

---

<sup>3</sup> Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

dos seus instituidores.” (RE 202.700, voto do rel. min. Maurício Corrêa, julgamento em 8-11-2001, Plenário, DJ de 1º-3-2002.)

### **3.5 Da Descentralização Como Postulado Do Sistema De Saúde**

Descentralizar significa redistribuir poderes e responsabilidades entre os três níveis de governo. Até a normatização do SUS, as ações de saúde mais relevantes eram centralizadas à nível federal, e quem as desempenhavam eram os Estados e municípios. Algumas tentativas de implementar um trabalho descentralizado foram realizadas, entretanto restaram infrutíferas. A descentralização foi uma estratégia fundamental para redistribuir as responsabilidades pelas ações e serviços para os municípios, tornando as três esferas governamentais responsáveis tanto pelo desenvolvimento quanto pela coordenação, implantação e avaliação das políticas de saúde (SOLHA, 2014).

A divisão de ações e responsabilidades estrutura-se de tal modo que, em âmbito federal, o Ministério da Saúde é o líder e desenvolvedor central de políticas públicas; em âmbito estadual, a Secretaria de Estado da Saúde coordena, avalia e desenvolve tais políticas, além de executar ações de maior complexidade e em áreas estratégicas da saúde, podendo também executar ações de saúde em caso de carência do município ou omissão do gestor municipal. Na esfera Municipal, as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pela programação, execução e avaliação do atendimento à saúde, englobando a coordenação das unidades de saúde e todo o processo relacionado a recursos humanos.

Cumprido ressaltar que os municípios brasileiros apresentam grandes disparidades em termos de recursos financeiros e humanos, características geográficas, culturais e de gestão, sendo necessárias estratégias diferentes para lidar com os problemas em cada região. Desse modo, a atuação dos municípios nos serviços públicos de saúde pode gerar um fluxo de despesas públicas que, em determinado momento, pode comprometer a capacidade financeira dos órgãos e entidades envolvidos.

A necessidade de melhoria na infraestrutura, a contratação de recursos humanos especializados e a aquisição de equipamentos para oferecer serviços de saúde em todos os níveis de atenção implicam montante significativo de recursos.

Além disso, esses serviços, quase sempre, não chegam a ser plenamente utilizados pelo município, o que gera aumento de custos operacionais e impossibilita o investimento em ações básicas de promoção e proteção.

Vale ressaltar que a municipalização implementada com forte centralização do financiamento na União, sem a participação dos Estados, consolidou o paradigma da municipalização autárquica em que houve um incentivo à expansão dos serviços municipais de saúde, que foi realizada, entretanto, sem nenhuma articulação regional, causando pulverização de recursos públicos e brutais ineficiências (PESTANA e MENDES, 2004).

A municipalização trouxe avanços incontestáveis ao sistema de saúde brasileiro, porém alguns aspectos indesejados também surgiram, tais como a dificuldade nas definições de responsabilidades e até mesmo do comando sobre os serviços devido à fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios, deixando as instâncias estaduais desprovidas de incentivos financeiros para realizarem essas funções (DOURADO e ELIAS, 2011).

Dessa forma, para garantir a configuração de rede integrada, regionalizada e hierarquizada, que se organiza de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, os entes federativos precisam adotar métodos e instrumentos de gestão intergovernamental que viabilizem o compartilhamento de decisões, o planejamento integrado e o financiamento tripartite (SANTOS e ANDRADE, 2013).

O SUS é um sistema público inovador exigente de uma operacionalidade administrativa compatível com o conceito de rede a qual requer a adoção de instrumentos integradores, intercambiáveis, uma vez que todos os entes políticos no SUS, devem estar em permanente interação (SANTOS e ANDRADE, 2013, p.8).

A questão é que diversos serviços públicos de saúde podem ser ofertados a partir do agrupamento de entes governamentais locais - tais como serviços hospitalares, vigilância ambiental epidemiológica, esgotamento sanitário, entre outros - tendo como base modelos fundacionais governamentais, associativos públicos consorciados ou mesmo empresariais públicos.

### 3.6 Aspectos da Descentralização e Cooperação

A descentralização pode ser entendida tanto como uma estratégia de racionalização técnico-administrativo, tratando-se, portanto, de uma relação entre descentralização e eficiência, como uma estratégia de democratização, associando-se a valores políticos, tais como equidade, universalização e capacidade de controle do Estado pela sociedade. Dessa forma, a fim de se criar condições propícias à ampliação da eficácia e eficiência das políticas públicas, torna-se necessário articular funções e promover o compartilhamento de recursos entre os níveis de governo.

Ressalte-se que em processos de descentralização as características das relações intergovernamentais resultantes variam de acordo com diversas variáveis, tais como o modo de funcionamento do sistema político e suas peculiaridades, além de suas instituições. Nesse sentido, o fracionamento originado através do processo descentralização revela a necessidade de cooperação entre os entes federados.

Frisa-se, nesse aspecto, a necessidade do compartilhamento de ações de políticas públicas entres os entes federados. Ao otimizar as ações públicas e facilitar a adoção de políticas redistributivas, a cooperação fomentaria uma maior integração entre políticas públicas, ocasionando maior difusão de informações e experiências, além do compromisso quanto à distribuição mais equitativa de custos e benefícios. Destarte, a cooperação sobrevém da existência de interesses e de problemas comuns que, na concepção dos participantes, seriam melhor solucionados conjuntamente (ROCHA e FARIA, 2004).

Entretanto, vale ressaltar que, em se tratando de cooperação, a burocracia torna-se essencial, tendo em vista que sua motivação, regras de seleção e critérios de promoção são capazes de afetar as relações intergovernamentais.

Isso se justifica através de uma maior sustentabilidade da ação pública, ocasionando a estabilidade dos funcionários. Além disso, a qualidade e impacto da cooperação estão intrinsecamente relacionadas a um bom serviço administrativo. Deve-se ressaltar ainda a relevância da criação de mecanismos de interação da sociedade civil organizada nos mais variados níveis de governo. Tais mecanismos

possuem o poder de gerar transparência no desempenho dos esquemas de cooperação, além de trazer aos políticos maiores responsabilidades.

[...] mesmo sendo possível ao município atuar isoladamente, pode ser muito mais econômico buscar a parceria com outros municípios, possibilitando soluções que satisfaçam todas as partes com um desembolso menor e com melhores resultados (BRASIL, 1997:1 *apud* ROCHA e FARIA, 2004, p. 11).

Na medida em que a estrutura de oferta e demanda é otimizada, através da parceria entre os entes federados, diversos serviços públicos têm seus custos fixos reduzidos. Como exemplo, temos os municípios que, atuando conjuntamente, podem alcançar inúmeros resultados positivos, tais como a ampliação do atendimento aos cidadãos e maior alcance das políticas públicas; eficiência no uso dos recursos públicos, considerando que os custos de um consórcio, por exemplo, na realização de uma determinada atividade, são menores que a soma dos recursos necessários a cada um dos municípios para realizá-la individualmente. Além disso, é importante mencionar a realização de ações que seriam inviáveis a uma única prefeitura, como a aquisição de equipamentos de alto custo ou a implementação de políticas públicas de desenvolvimento regional (ROCHA e FARIA, 2004).

Sendo considerada um meio de reunir esforços, a cooperação supre, portanto, a carência individual dos municípios em recursos tecnológicos, financeiros e humanos, necessários ao desempenho das atividades que lhes competem. Vale ressaltar, que por meio da cooperação o poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios frente aos demais entes federados, ou até mesmo frente a outras instituições sociais ou organismos internacionais, amplia-se consideravelmente.

#### 4 MODELOS DE DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA EM SAÚDE PÚBLICA

A saúde é um setor significativo da sociedade e está diretamente ligada à Administração Pública, sendo esta um dos elementos essenciais para o funcionamento do Estado, responsável pela execução das políticas públicas e pelo exercício do poder de polícia, tal como fiscalização e regulamentação das atividades.

Norteando-se por princípios básicos como legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, estabelecidos pela Constituição Federal, em seu art. 37<sup>4</sup>, a Administração Pública pode ser exercida de forma direta ou indireta. A administração direta envolve órgãos das três esferas governamentais – na federal, ministérios e secretarias; na esfera estadual, secretarias e outros órgãos; na municipal, secretarias e serviços. Por outro lado, na administração indireta, podem ser criadas por Lei autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

As autarquias possuem personalidade jurídicas própria, ou seja, atuam de forma independente. São auto administradas, exercendo função atribuída ao Estado. Todas as suas responsabilidades são estabelecidas em Lei. Seus funcionários devem ser servidores públicos concursados e seguem os princípios do SUS. No caso do setor de saúde, são autoridades públicas e todos os cargos e funções devem ser criados por Lei (SOLHA, 2014).

Muitos municípios possuem autarquias destinadas ao cuidado dos hospitais. Tais entidades recebem financiamento como todos os serviços de saúde, mas fazem sua própria provisão orçamentária e de recursos humanos, tendo liberdade para fazerem uso dos recursos de acordo com o seu planejamento. Em alguns locais, elas são responsáveis por um tipo de serviço, abrangendo várias unidades; em outros, cuidam de apenas um serviço, geralmente com maior complexidade, como os grandes hospitais que possuem internação e ambulatório. Sua forma e os serviços pelos quais são responsáveis podem variar, mas devem sempre estar de acordo com as regras

---

<sup>4</sup> Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...].

do SUS e da administração pública, pois também pactuam metas e estão integrados com a rede de atenção (SOLHA, 2014).

Um grande número de instituições que fazem parte do SUS são autarquias, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que faz parte do Ministério da Saúde, mas é auto administrada, sendo independente para planejar, executar e avaliar suas ações e atividades. Já as fundações públicas são entidades que realizam atividades não lucrativas atípicas do Poder Público, mas de interesse coletivo nas áreas de saúde, educação, cultura e pesquisa. São criadas por Lei específica e estruturadas por decreto, independentemente de qualquer registro. A Fundação Hemocentro e a Fundação Oswaldo Cruz são exemplos de fundações públicas (BRASIL, 2007c *apud* SOLHA, 2014).

Além das entidades supramencionadas, existem outros modelos de gestão da saúde pública como, por exemplo, os Consórcios Públicos, as Associações Cívicas e as Organizações Sociais em saúde pública.

#### **4.1 Das Fundações Estatais de Direito Privado**

A Lei Federal n.º 7.596, de 10 de abril de 1987, incluindo o inciso IV, no art. 5.º, do Decreto-Lei n.º 200/67, acrescentou, entre os órgãos da Administração Indireta, as fundações públicas definindo-as como:

Entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes (BRASIL, 1987).

A fundação estatal de direito privado é uma forma de flexibilizar a rigidez estatal burocrática, operando serviços não-exclusivos, como os de saúde, de maneira eficaz e célere, sem, contudo, perder de vista o regime administrativo mínimo que deve imperar nestas atividades, conferindo uma maior proteção ao cidadão. Esse modelo, ao mesmo tempo que respeita as normas de direito público, oferece mais agilidade no atendimento à população usuária do SUS (KALABAIDE, 2010).

A Fundação Estatal de Direito Privado (FEDP) seria dotada de maior flexibilidade e autonomia em relação às autarquias e fundações públicas de direito público, podendo “dispor de instrumentos administrativos de natureza privada e, nesse sentido, é comparável a uma empresa pública estatal” (Brasil, 2007, p. 8 *apud* SILVA, 2010).

No que se refere à maior autonomia, esta incide principalmente sobre a gestão orçamentário-financeira, de compras, contratos e recursos humanos (com a adoção de regime de natureza trabalhista previsto na CLT), permitindo, segundo a proposta, que os dirigentes dessas fundações apliquem recursos e tomem decisões de forma mais rápida. Os contratos de gestão ou de metas estabelecidos configuram-se na relação entre a Fundação e seu órgão supervisor direto, como instrumento de controle.

A maior flexibilidade na gestão de recursos humanos é um elemento que se destaca diante das dificuldades impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a contratação de pessoal e da precarização dos vínculos de trabalho criados a partir das alternativas implementadas por estados e municípios para a contratação na área da saúde. O fato da Fundação Estatal não receber recursos orçamentários do Governo Federal, observando as regras de contabilidade dos entes de direito privado, permite a essas a utilização do arrecadado com base em seus próprios critérios, sem submissão à LRF (SILVA, 2012, p.53).

Segundo Lenir Santos (2009), a FEDP seria regida por seu próprio estatuto, aprovado no momento da sua instituição, podendo ser alterado pelo órgão superior que o aprovou. Os únicos pontos não passíveis de alterações são a finalidade da entidade e sua condição de não-lucrativa. Cumpre ressaltar que cada ente federativo estabelece Lei específica para a criação da FEDP.

Assim, na área da saúde, excluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, regulação, fiscalização, controle e outras atividades que requeiram o poder de autoridade do Estado, as demais atividades, como serviços hospitalares, laboratoriais, entre outros, poderão ser executadas por fundação estatal de direito privado.

#### **4.1.1 As Fundações Estatais como modelo de gestão da saúde pública e o posicionamento do CNS (Conselho Nacional de Saúde)**

Em 2007, foi enviado pelo governo Federal ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/07, que dispõe sobre a regulamentação do inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal. Tal projeto propõe a criação de fundações estatais de direito privado para gerenciar nove áreas do serviço público, entre elas a da saúde.

Contudo, o referido Projeto de Lei foi encaminhado ao Congresso Nacional sem antes ser discutido com os movimentos sociais organizados. Dessa forma, o Conselho Nacional de Saúde contestou tal atitude do poder Executivo vez que a participação da comunidade na formulação e acompanhamento das políticas de saúde é uma das diretrizes constitucionais do SUS.

De acordo com o projeto, em seu art. 1º, incisos I ao IX:

Poderá, mediante lei específica, ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado, nas seguintes áreas: saúde, incluindo hospitais universitários federais; assistência social; cultura; desporto; ciência e tecnologia; meio ambiente; previdência complementar do servidor público; comunicação social; e promoção do turismo nacional (BRASIL, 2007).

De acordo com o CNS:

As diretrizes de funcionamento do SUS passam por ações tripartites (Federal, Estadual e Municipal). Assim, as modalidades de gestão do Sistema devem garantir um modelo assistencial integral e de qualidade. Portanto, a partir desses referenciais, e, diante dos avanços e desafios, os serviços de saúde não podem ter seus profissionais submetidos à lógica do mercado, seus gestores submetidos à mercê de indicações políticas e estrutura administrativa arcaica. Compreende-se, desta forma, que mais uma figura jurídica não superará os atuais problemas de gerenciamento do poder público (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007, p. 1).

O posicionamento contrário à criação de fundações estatais, por parte do Conselho, parte do pressuposto de que a Constituição Federal de 1988 já estabelece formas de flexibilidade gerencial e administrativa para gerir os serviços públicos de

saúde, carecendo apenas de regulamentação, sendo desnecessário, portanto, a criação de qualquer outro instrumento jurídico.

Ademais, para os profissionais da área da saúde, a estabilidade no emprego é essencial. Isso porque a estabilidade oferece ao trabalhador da saúde a tranquilidade de poder exercer bem o seu ofício, não estando refém de mudanças motivadas por questões políticas. Além disso, a fixação do profissional facilita a criação de vínculos tanto com o ambiente de trabalho quanto com os pacientes, algo essencial para a garantia de um atendimento mais humano e solidário.

Para o CNS, é necessário evitar a adoção de medidas que possam institucionalizar e tornar um caminho sem volta nesse insustentável processo de mercantilização, que propõe o benefício de alguns poucos em detrimento da maioria dos profissionais, como é o caso da proposta de fundação estatal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

#### **4.1.2 Da Fundação Estatal Interfederativa: O caso da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF)**

Originada da combinação entre autarquias e empresas estatais, a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) foi criada em maio de 2009. Trata-se de órgão integrante da administração indireta dos Municípios, integralmente público, intermunicipal, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e dotado de personalidade jurídica de direito privado.

Com o intuito de avançar no fortalecimento do SUS e no desenvolvimento de um modelo de gestão interfederativa, a FESF-SUS constituiu-se como uma proposta inovadora, atuando em todas as regiões da Bahia como uma instituição do SUS. Este modelo apresenta-se como uma solução jurídico-administrativa e sanitária para o desenvolvimento da atenção à saúde no Estado da Bahia, cumprindo função essencial para a gestão compartilhada de serviços de saúde integrados com os entes federativos.

Integrada por 69 municípios do Estado da Bahia, a FESF-SUS foi criada a partir da autorização legislativa específica de todos os seus entes instituidores, via Lei Complementar Estadual n.º 29, de 21/12/2007, tendo adquirido personalidade jurídica a partir da inscrição de seu estatuto no Registro Civil de Pessoas Jurídicas. Seus princípios basilares versam sobre gestão compartilhada, democrática e participativa.

Visando exercer sua função de coordenação e apoio técnico e financeiro aos Municípios, a Direção Estadual do SUS da Bahia ajustou, na Comissão Intergestora-Bipartite, a criação do Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família da Bahia, onde, dentre outras ações, é disciplinada a celebração de contratos de gestão entre os Municípios e a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF, 2014).

Vale ressaltar que, com a edição da EC 19/1998, o art. 37, IX da CF dispõe expressamente quanto à possibilidade da instituição de fundação de direito privado pelo poder público. Sendo entidade prestadora de serviços aos municípios instituidores, não exerce poderes de polícia ou de autoridade estatal; é responsável por promover a educação permanente do pessoal desses municípios, assim como daqueles que com ela contratam; além de realizar compras de insumos e equipamentos, e contratar manutenção para garantir o funcionamento dos serviços de saúde dos municípios instituidores e contratantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Sua estrutura de governança é composta por um conselho curador, como órgão deliberativo superior de direção, controle e fiscalização; por um conselho fiscal e uma diretoria executiva. Ademais, a Fundação integra a administração indireta de todos os seus municípios instituidores e sua supervisão é exercida por um Conselho Interfederativo, composto pelos secretários de saúde desses entes, dos municípios que contratam a Fundação para a prestação de serviços de saúde, e pelos representantes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O regime de seu pessoal é o da Consolidação das Leis do Trabalho, providos, exclusivamente, por concurso público.

No que concerne à submissão às normas gerais de licitação estabelecidas pela Lei Federal nº 8.666, de 1993, conforme Regulamento da Fundação, a contratação de obras, serviços, compras, alienação e locação observarão procedimentos próprios de

contratação e pregão, observadas, quanto ao pregão, as regras gerais da legislação específica, conforme art. 119 da Lei 8.666/93<sup>5</sup>.

Convém salientar que, embora guarde semelhanças com as entidades consorciais, tais como a criação por Lei autorizativa de todos os entes instituidores, certo é que a FESF possui características estatutárias diversas das associações públicas ou dos consórcios públicos de direito privado, especialmente no que concerne às suas relações com os entes instituidores e a sua forma de financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Fundação celebra com seus entes instituidores contrato de serviços, cujo objeto é a prestação de serviços públicos, não sendo mantida, portanto, uma relação via contrato de rateio. Ela pode, inclusive, celebrar contrato com outros municípios que não participaram de sua criação e é desses contratos que, substancialmente, auferem renda própria para a cobertura de suas despesas.

Frisa-se que o papel dos municípios instituidores é fundamentalmente o de assegurar a coordenação política e a supervisão administrativa das atividades da Fundação, que devem ser desenvolvidas no estrito cumprimento de suas finalidades estatutárias; observadas as diretrizes e estratégias políticas adotadas no âmbito do SUS. Ademais, mantêm relacionamento contratual com a FESF quando compram os seus serviços, sendo responsáveis pelo gerenciamento e supervisão desses contratos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

#### **4.2 Das Organizações Sociais em saúde pública**

Outra forma de gestão dos serviços públicos são as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e as Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs), que atuam em áreas diversas, como saúde, educação e assistência social.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades filantrópicas, sem fins lucrativos, juridicamente independentes, de reconhecido trabalho na área

---

<sup>5</sup> Art. 119. As sociedades de economia mista, empresas e fundações públicas e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União e pelas entidades referidas no artigo anterior editarão regulamentos próprios devidamente publicados, ficando sujeitas às disposições desta Lei.

da saúde, que podem firmar contratos de gestão com os governos estaduais e municipais – que devem possuir legislação sobre o tema – para gerenciar serviços de saúde, tendo autonomia para gerir os recursos financeiros, humanos e físicos repassados a elas (SOLHA, 2014, p. 50).

As Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPs) são organizações privadas, sem fins lucrativos, certificadas pelo Poder Público federal ao comprovar o cumprimento dos requisitos da administração pública. Podem, assim, celebrar termos de parceria para a realização de ações de interesse público, devendo realizar prestação de contas publicamente e outras exigências (SOLHA, 2014, p. 50).

Os termos de parceria ou contratos de gestão das OSCIPs e OSs devem direcionar a atuação dessas organizações, definindo objetivos, resultados, multas, formas de controle e fiscalização, modelo de estrutura, entre outros. A diferença entre os contratos de gestão das OSs e os termos de parceria das OSCIPs é que os contratos possibilitam a gestão do patrimônio público. Por exemplo, as OSs são responsáveis diretamente pela estrutura física (prédios) cedida a elas, devendo realizar sua manutenção e eventuais reformas. Nos dois tipos de Organização, a gerência dos serviços é realizada por elas mesmas, com pouca ou nenhuma interferência do gestor municipal.

Esse modelo de gestão é muito discutido no país, principalmente no que se refere à sua legalidade junto ao SUS. Vários estados e municípios legislaram a respeito do assunto, possibilitando a atuação de OSs e OSCIPs voltadas ao gerenciamento de serviços de saúde, com base na afirmação de que elas possuem maior capacidade de gestão, desburocratizam o sistema (principalmente no concernente à compras, contratação e reformas) e economizam recursos. Esse modelo é controverso, pois, muitas vezes, essas organizações não se limitam a gerenciar os serviços em consonância com o que determina o SUS, mas desenvolvem estratégias paralelas de gestão do sistema de saúde, fazem contratações de pessoal de forma precária, funcionando como uma terceirização dos serviços de saúde. Em alguns municípios, o modelo está respondendo às necessidades da população e gestores; em outros, as dificuldades são muitas, com frequentes denúncias de corrupção.

Esse panorama leva a uma conclusão: ainda é cedo para avaliar se esse modelo é o mais ou menos adequado. É certa, entretanto, a necessidade do estabelecimento de regras e normas claras entre os gestores públicos e as

OSs/OSCIPs, com fiscalização e auditorias frequentes a fim de evitar desvios e mau uso dos recursos públicos e proteger os interesses dos trabalhadores, garantindo a operacionalização dos princípios do SUS.

#### 4.2.1 Dos convênios

A parceria mais tradicional e mais institucionalizada, possivelmente, entre o Estado e a sociedade civil é o convênio, previsto no ordenamento jurídico desde 1967. Atualmente, o convênio é regido pela Portaria Interministerial 507/2011 do Ministério de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão e pelo Decreto Federal 6.170/2007.

Convênios administrativos são acordos firmados por entidades públicas de qualquer espécie, ou entre estas e organizações particulares, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes. Convênio é um acordo, não é contrato. [...] no convênio a posição jurídica dos signatários é uma só, idêntica para todos, podendo haver apenas diversificação na cooperação de cada um, segundo suas possibilidades, para consecução do objetivo comum, desejado por todos (MEIRELLES, 2016, p. 387).

Trata-se de instrumento pelo qual o Estado transfere recursos financeiros às entidades privadas sem fins lucrativos para realização de programa de governo ou execução de projeto, atividade, serviços, aquisição de bens ou evento de interesse mútuo, em regime de cooperação recíproca (OLIVEIRA, 2017).

Conforme posição consolidada do Supremo Tribunal Federal e, recentemente, do Tribunal de Contas da União, o contrato de gestão e o termo de parceria passaram a ser equiparados ao convênio. Ao responder solicitação do Congresso Nacional sobre a possibilidade de celebração de contratos de gestão com as Organizações Sociais, o TCU firmou o posicionamento de que os contratos de gestão têm natureza de convênio, dada a harmonia de objetivos do Estado e da entidade conveniada.

Dessa forma, o convênio pode ser considerado como gênero, do qual se tem como espécie o contrato de gestão e o termo de parceria, respeitadas as peculiaridades de cada um (OLIVEIRA, 2017).

O convênio constitui acordo administrativo colaborativo entre o Poder Público e as entidades privadas para a realização de objetos de interesse comum,

mediante mútua colaboração. Diferencia-se do contrato administrativo na medida em que os partícipes têm interesses e buscam resultados recíprocos, enquanto no contrato os interesses são contrapostos (OLIVEIRA, 2017, p.1).

Trata-se de regime de mútua cooperação, ou seja, ambas as partes esforçam-se na execução do acordo uma vez que não há remuneração. No convênio, o repasse financeiro está vinculado ao objeto de modo que o recurso não perde o caráter pecuniário público. Por essa razão, o beneficiário submete-se à prestação de contas de sua utilização ao órgão público parceiro e ao Tribunal de Contas.

Entretanto, verifica-se que o art. 3º, inciso IV, c/c os arts. 84 e 84-A da Lei Federal 13.019/2014 delimitaram a utilização dos convênios dispostos no Decreto-Lei 6.170/2007 nas hipóteses do § 1º do art. 199 da Constituição Federal, estabelecendo que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos poderão participar do Sistema Único de Saúde mediante convênio. Dessa forma, os convênios serão pactuados entre os entes federados ou entre a Administração Pública e as entidades sem fins lucrativos para a realização de programa de governo, compreendendo a execução de projeto, atividade ou serviço na área da saúde (OLIVEIRA, 2017)<sup>6</sup>.

Segundo entendimento do jurista Marçal Justen Filho, a matéria relativa aos convênios foi consideravelmente afetada pela Lei Federal 13.019/2014, de modo que corrobora com a inconstitucionalidade da limitação introduzida pela referida Lei.

A conjugação dos arts. 84 e 84-A da Lei 13.019/2014 conduziria à vedação de convênios entre a Administração e pessoas jurídicas ou com empresas dotadas de fins lucrativos. Segundo essa proposta, a atuação cooperativa entre o Poder Público e a sociedade civil passaria a ser um monopólio das organizações sociais. Assim, por exemplo, infringiria a ordem jurídica um convênio pelo qual uma empresa assumisse a obrigação de manter a conservação de áreas públicas ou aplicasse recursos próprios para atividades educacionais e similares. Essa solução é incompatível com a Constituição. [...] A CF/88 não reservou os convênios apenas para as hipóteses referidas no art. 84-A da Lei 13.019/2014 (FILHO, ano, p. 1463-1464).

---

<sup>6</sup> Art. 3º Não se aplicam as exigências desta Lei: IV - aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição Federal; Art. 84. Não se aplica às parcerias regidas por esta Lei o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Parágrafo único: São regidos pelo art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, convênios: I - entre entes federados ou pessoas jurídicas a eles vinculadas; II - decorrentes da aplicação do disposto no inciso IV do art. 3º. Art. 84-A. A partir da vigência desta Lei, somente serão celebrados convênios nas hipóteses do parágrafo único do art. 84.

### 4.3 Dos Consórcios Públicos

De acordo com o decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, considera-se consórcio público:

Pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos (BRASIL, 07).

Integrantes da administração indireta, os consórcios públicos de direito público constituem-se sob a forma de associação pública, possuindo natureza autárquica e multifederativa.

Os consórcios públicos podem ser definidos como um modelo administrativo de atuação interfederativa do Poder Público, previsto no art. 241 da Constituição Federal<sup>7</sup> e regulamentado pela Lei Federal nº 11.107, para favorecer e instrumentalizar a negociação, a articulação, a coordenação e a implementação cooperada de políticas públicas de responsabilidade compartilhada dos entes federados, de forma a possibilitar a otimização de recursos e de esforços na implementação de projetos e atividades de interesse comum (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A área de atuação dos consórcios públicos corresponde, independentemente de figurar a União como consorciada, à soma dos Municípios, quando o consórcio público for constituído somente por Municípios ou por um Estado e Municípios com territórios nele contidos; dos Estados ou dos Estados e do Distrito Federal, quando o consórcio público for, respectivamente, constituído por mais de um Estado ou por um

---

<sup>7</sup> Art. 241 CF/88. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

ou mais Estados e o Distrito Federal; e dos Municípios e do Distrito Federal, quando o consórcio for constituído pelo Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 07).

Seu objeto concentra-se na realização de atividades e metas de interesse comum dos entes consorciados. Segundo Carvalho Filho (2016), trata-se de instrumento do federalismo cooperativo por meio do qual os entes estatais associam-se a outras pessoas também estatais para alcançar metas que são importantes para todos, sempre observados os parâmetros constitucionais.

Insta salientar que os consórcios públicos surgem a partir do “protocolo de intenções”, contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, por meio Lei, converte-se em contrato de consórcio público. Frisa-se que é facultado aos entes da federação não ratificarem ou condicionarem a ratificação de determinado dispositivo do protocolo de intenções. Tal ato é chamado de reserva.

#### **4.3.1 Natureza**

Para Carvalho Filho (2016), a natureza jurídica do consórcio público é de negócio jurídico plurilateral de direito público com conteúdo de cooperação mútua entre os pactuantes. Em sentido lato, poder-se-á considera-lo contrato multilateral.

*Os consórcios, tradicionalmente, nada mais eram do que convênios, instrumento em que pessoas públicas ou privadas ajustam direitos e obrigações com o objetivo de alcançar metas de interesse recíproco. Em outras palavras, sempre foram negócios jurídicos pelos quais se pode expressar a vontade de cooperação mútua dos pactuantes. A diferença apontada entre ambos, como vimos, era despida de fundamentação normativa. A disciplina da Lei nº 11.107/2005, entretanto, demonstra que os consórcios públicos passaram a espelhar nova modalidade de negócio jurídico de direito público, com espectro mais amplo do que os convênios administrativos, muito embora se possa considerá-los como espécie destes (CARVALHO FILHO, 2016, p.).*

Os consórcios públicos constituem negócio jurídico, tendo em vista que as partes manifestam suas vontades direcionadas a objetivos comuns que pretendem alcançar. Denominado “ato complexo”, admite a presença de vários pactuantes na relação jurídica, retratando cooperação mútua e demonstrando ainda que os interesses não são antagônicos, como nos contratos, mas sim paralelos, refletindo

interesses comuns. Ressalte-se que pelo fato de as normas regentes dirigirem-se especificamente para os entes públicos que integram esse tipo de ajuste, são considerados de direito público (CARVALHO FILHO, 2016).

#### **4.3.2 Formalização**

Existem dois requisitos formais prévios à formação do consórcio, conforme supramencionado. Em primeiro lugar, o ajuste só poderá ser efetivado se houver a criação do protocolo de intenções. Tal acordo representa a manifestação formal de vontade do ente estatal para participar do negócio público. Ademais, deverá o protocolo firmado ser objeto de ratificação por Lei. Caso a entidade pública já tenha editado Lei disciplinando sua participação no consórcio, ao momento do protocolo, será dispensada a edição de nova Lei (CARVALHO FILHO, 2016).

A Lei nº 11.107, de 2005, estabelece que, quando dois ou mais entes federados resolvem se consorciar, eles devem firmar entre si um contrato de consórcio que fixe os objetivos da ação cooperada; a área em que vão atuar em conjunto; as responsabilidades de cada um e as principais condições para a atuação conjunta. Pode-se dizer assim que o contrato de consórcio é a “alma” da cooperação federativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para desempenhar os objetivos a que se propõe, o contrato de consórcio deve prever a criação, por parte dos entes consorciados, de entidade pública responsável que seja responsável por executar os compromissos reciprocamente assumidos por contrato (o “consórcio público”), estabelecendo o seu estatuto jurídico e as regras específicas que deverão gerir o seu funcionamento, assim como sua supervisão pelas administrações diretas de cada ente.

A formalização proveniente do ajuste apresenta uma particularidade. Ajustadas as partes, devem elas constituir pessoa jurídica, sob a forma de associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

As cláusulas do “contrato de consórcio” são postas, preliminarmente, em um “protocolo de intenções”, elaborado de comum acordo entre os Poderes Executivos dos entes signatários. Esse protocolo deve ser submetido à

avaliação e à aprovação dos Poderes Legislativos de todos os entes consorciados e sua ratificação legal, por todos os entes, o converte no contrato de consórcio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 17).

Nota-se, conseqüentemente, que a participação do ente estatal no consórcio não pode ser determinada apenas pelo Poder Executivo, até mesmo porque a Lei exige a participação conjunta do Poder Legislativo. Isso se dá, principalmente, pelo fato desse tipo de associação acarretar, em algumas situações, verdadeira representação da pessoa estatal pelo consórcio. Trata-se, portanto, de ato de governo e não de mero consentimento de administração.

A Lei que ratifica o “protocolo de intenções” e o converte em “contrato de consórcio” também cria ou autoriza a criação da entidade pública interfederativa, denominada “consórcio público” (SALGADO, 2012 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Cumprе ressaltar que o “protocolo de intenções” corresponde, na realidade, ao próprio conteúdo do ajuste. Por este motivo, a Lei 11.107/05, em seu art. 4º, incisos I ao XII, reclama a inserção de várias cláusulas necessárias, todas elas pressupostos de validade do negócio. Tais cláusulas definem a atuação dos entes estatais e as formas de execução de seus objetivos. A extensão da atuação também depende das pessoas federativas consorciadas.

#### **4.4 Dos consórcios públicos na área da saúde**

Os objetivos essenciais do “contrato de consórcio” são determinados pelos entes Federativos que o celebram, observados os limites constitucionais. Dentre esses objetivos, podem estar incluídos a realização de atividades públicas que envolvam poderes de regulação do Estado, tais como fiscalização, outorga e sanção; além da prestação direta de serviços à população ou a viabilização de atividades de infraestrutura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Um contrato de consórcio público possui múltiplos objetivos. Ademais, há consórcios públicos que são “multisetoriais” e contemplam objetivos relacionados à implementação concorrente de ações no campo da saúde pública e no campo de outras políticas públicas.

Na área da saúde, o objetivo mais comum previsto em contratos de consórcios é o da viabilização conjunta e integrada de prestação de serviços públicos à população. Ressalte-se que os consórcios públicos devem obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS. Isto posto, tem-se que os consórcios públicos permitem uma gestão moderna e inovadora do sistema de saúde para que o paciente possa permanecer na sua região tendo atendimento completo e integrado, com elevado grau de resolutividade.

#### **4.5 A possibilidade de associações civis na esfera da Administração Pública - O Consórcio Administrativo**

A prestação de serviços e a implementação de ações de forma consorciada configuram condições altamente favoráveis para que o município venha a assumir as responsabilidades pela gestão do seu sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, dispôs sobre a possibilidade de os municípios constituírem consórcios para desenvolverem, em conjunto, as ações e os serviços de saúde sob suas responsabilidades e incumbiu à direção municipal do SUS formar esses consórcios<sup>8</sup>.

Desse modo, nos últimos anos, muitos municípios instituíram associações privadas, amparados pelas disposições do Código Civil, viabilizando, assim, a atuação cooperada, conhecida como consórcios administrativos.

Os consórcios administrativos são entidades civis sem fins lucrativos instituídas por dois ou mais entes federativos mediante a observância exclusiva dos ritos do Código Civil. Normalmente, os consórcios administrativos têm o formato de associações civis de entes federativos, regidas pelo direito privado. Há casos de consórcios administrativos que não

---

<sup>8</sup> Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância; § 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

têm personalidade jurídica, constituindo-se como meros pactos de colaboração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.15).

Diferentemente das fundações e empresas estatais, que integram a administração indireta dos entes instituidores, a natureza totalmente privada dessas associações intermunicipais lhes permite apenas exercer atividades de apoio às competências dos municípios que as criaram, não podendo exercer funções públicas delegadas (ou descentralizadas), isto é, não podem realizar atividades próprias da administração pública municipal ou estadual, especialmente aquelas que exigirem o uso de poderes privativos de Estado, tais como atividades de regulação e fiscalização.

Em grande medida, os consórcios administrativos contribuíram para a articulação e a mobilização de municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico e oferta de serviços.

Ressalte-se que uma região de saúde pode ser delimitada a partir de características geográficas e culturais, distribuição de serviços, rede viária, entre outros aspectos, nem sempre respeitando as divisões político-administrativas consagradas. Tais regiões podem se unir em consórcios intermunicipais para desenvolverem estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

Ademais, a partir da edição da Norma Operacional Básica nº 01 de 1996, do Ministério da Saúde, esses consórcios passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, como uma solução jurídico-institucional para a vontade política externada pelos diversos municípios de estabelecerem relações cooperativas entre si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

## 5 CONCLUSÃO

A pesquisa proposta nesta exposição conclui que a prestação de serviços de saúde de forma regionalizada pode gerar economia e racionalidade nas ações da administração pública, uma vez que, há embasamento constitucional para a atuação de forma regionalizada ou associada entre entes locais, conforme verifica-se na redação dos arts. 198 e 241<sup>9</sup>.

O agrupamento dos entes governamentais locais gera um ambiente propício para negociações, com melhores preços, investimentos em tecnologias que só existem em grandes centros e otimização de equipamentos inoperantes no interior-tendo em vista a escassez de profissionais - o que pode representar economia de recursos.

Os resultados dessa pactuação federativa, melhor termo que se pode utilizar nesse tipo de associação, podem gerar um maior alcance social das medidas relacionadas aos serviços de saúde pública, no caso, melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário.

A descentralização administrativa pode ocorrer sob as formas e modalidades estudadas neste trabalho. O modelo inovador das Fundações Estatais Intergovernamentais é o que chamou atenção nesta pesquisa, pois resultou de uma visão puramente autônoma e organizacional, em detrimento de uma interpretação literal do art. 37, XIX, da CRFB, e das modalidades previstas no Decreto-Lei nº 200/67, que organizou o funcionamento da Administração Federal (e que serviu de modelo para o atual ordenamento jurídico).

---

<sup>9</sup> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

Em tempos de promessa de refundação de algum modelo estatal, o consórcio público sob a modalidade de associação civil também merece atenção, visto que foge aos modelos tradicionais e engessados.

A instituição de entidades que atuam na persecução de objetivos específicos e atividades especializadas possibilitam uma melhor organização administrativa, voltada para a execução satisfatória das políticas de saúde. Trata-se de tendência em diversas localidades do Brasil, sendo, em alguns casos, apresentada de forma impositiva, tendo em vista o interesse na separação das responsabilidades e obrigações financeiras.

Vale ressaltar que não há como definir um modelo específico para a atuação das entidades da Administração Indireta, ou seja, não há uma estrutura abstratamente definida, por isto é interessante a construção das instituições e combinação de modelos de acordo com as peculiaridades de cada caso.

Assim, a reestruturação de entidades administrativas aplicadas à área da saúde pode trazer inúmeros benefícios, tanto do ponto de vista estatal, como do ponto de vista social, exigindo experimentação e criatividade dos atores políticos, bem como o aprofundamento de pesquisas, acerca de modelos pouco explorados.

## 6 REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n.º 7.596**, de 10 de abril de 1987. Brasília, DF, abr. de 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7596.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7596.htm)>. Acesso em: 19 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Brasília, DF, set 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 07 Mai. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Fundação Estatal: Entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde**. Publicação mensal do Conselho Nacional de Saúde, ano 3, edição especial, Nov. de 2007, p. 2. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

DOURADO, Daniel de Araújo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. In: **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204–211, 2011.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF). **A Fundação**. 2014. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/a-fundacao/quem-somos/>. Acesso em: 30 setembro 2018.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Cronologia Histórica da Saúde Pública - Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira**. 2017. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 28 julho 2018.

KALABAIDE, Miguel Adolfo. Fundações estatais de direito privado na área de prestação de serviços de saúde. In: **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862,

Teresina, ano 15, n. 2658, 11 out. 2010. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/17517>>. Acesso em: 19 maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS Aspectos Básicos**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 07 Mai. 2018.

OLIVEIRA, Gustavo Justino de. **Terceiro setor e o direito administrativo**. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/33/edicao-1/terceiro-setor-e-o-direito-administrativo>>. Acesso em: 19 mai. 2018.

PESTANA, M.; MENDES, E. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde; 2004.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil - Uma Pequena Revisão**. [S.l.]: s.d.. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 28 julho 2018.

POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981, p. 324.

PRETEL, Mariana Pretel e. **O direito constitucional da saúde e o dever do Estado de fornecer medicamentos e tratamentos**. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 22 mar. 2010. Disponível em: <[http://www.conteudojuridico.com.br/?colunas&colunista=151\\_&ver=578](http://www.conteudojuridico.com.br/?colunas&colunista=151_&ver=578)>. Acesso em: 08 maio 2018.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil**. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de

Economia, Universidade de Coimbra (POR). 2004. Disponível em: <[http://https://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha\\_carlosFaria.pdf](http://https://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha_carlosFaria.pdf)>. Acesso em: 15 setembro 2018.

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: Ed. G. Holman, 1971.

SANTOS, L. **Fundações Estatais: algumas considerações**. In: Santos, L. (Org.) **Fundações Estatais: estudos e parecer**. Campinas, SP: Saberes Editor, 2009.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Rede Interfederativa de Saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de Atenção à Saúde. Desafios da Regionalização no SUS**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2013, p.35-74.

SILVA, José Afonso. **Comentário contextual à constituição**. São Paulo: Malheiros Editores, 2008, p. 185.

SILVA, M. V. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle**. 2012. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2012.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas**. 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.