



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

LENIR DOS SANTOS

**SUS: DESAFIOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DA GESTÃO
INTERFEDERATIVA DA SAÚDE. REGIONALIZANDO A
DESCENTRALIZAÇÃO.**

Campinas, SP

2012

Lenir dos Santos

**SUS: DESAFIOS POLÍTICO-ADMINISTRATIVOS DA GESTÃO
INTERFEDERATIVA DA SAÚDE – REGIONALIZANDO A
DESCENTRALIZAÇÃO**

**Tese apresentada, como requisito para
obtenção de título de doutor, ao
Programa de Pós-Graduação em saúde
coletiva na Universidade Estadual de
Campinas, área de concentração (AD)
Política, Planejamento e Gestão em
Saúde. Faculdade de Ciências Médicas
da Unicamp – FCM. Linha de pesquisa:
Saúde e Direito.**

**Orientação: Professor Doutor Gastão Wagner de Souza Campos
Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**

**Campinas, SP
Março de 2012**

Unidade Beck
T/UNICAMP

Cutter Sa59s
V. _____ Ed. _____
Tombo BC 96529
Proc. 16-100-12
C _____ D _____
Preço R\$ 11,00
Data 21.08.12
Cód. tit. 867950

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP

Santos, Lenir dos, 1948.
Sa59s SUS: desafios político-administrativos da gestão
interfederativa da saúde. Regionalizando a
Descentralização. Lenir dos Santos -- Campinas, SP :
[s.n.], 2012.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Administração
Pública. 3. Federalismo. 4. Direito Sanitário. I.
Campos, Gastão Wagner de Sousa. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: SUS: Political challenges of administrative management
of health interfederativa. Regionalized decentralization.

Palavras-chave em inglês:

Unified Health System
Public Administration
Federalism
Health Law

Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]
Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Nelson Rodrigues dos Santos
Silvio Fernandes da Silva
Edison Bueno

Data da defesa: 10-04-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

LENIR DOS SANTOS

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:	
Prof(a). Dr(a). Gastão Wagner de Sousa Campos	
Prof(a). Dr(a). Edison Bueno	
Prof(a). Dr(a). Luiz Odorico Monteiro de Andrade	
Prof(a). Dr(a). Silvio Fernandes da Silva	
Prof(a). Dr(a). Nelson Rodrigues dos Santos	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10 de Abril de 2012

Andrea, Bruna e Luciana pela compreensão
das horas em que o trabalho roubou o
espaço da maternidade. Há presenças que
transcendem a materialidade.

AGRADECIMENTOS

Esta tese tem um pouco de muitos. Todos que me instigaram a estudar, discutir e gostar de atuar na saúde pública. Direito da Saúde é tema pouco conhecido e aprofundado em nosso país, ainda. Talvez esteja entre uma das primeiras advogadas a se aventurar por essa área e é provável que por isso, tudo que dizia ou escrevia era levado muito em consideração, nem tanto pelo mérito, mas muito mais pelo enfoque do direito bem diferente do da saúde, mas sempre complementar. Meus agradecimentos aos que me instigaram a viver essa aventura. Uma verdadeira ousadia, porque o direito da saúde era recente no país nos anos 90.

Mas há sempre aqueles que viveram mais proximamente essa aventura da saúde se consagrado como direito nesses últimos vinte anos, contribuindo pela minha formação, seja compartilhando conhecimentos, estudos e pesquisas, seja pelo exemplo, dedicação e interesse público.

A quem me levou para a área da saúde: Guido Ivan de Carvalho. “Advogada sanitaria”, assim ele me chamava. Foi ele quem me levou para esse mundo profissional. Acreditou em mim e me incentivou a descortinar esse novo campo do conhecimento. Minha gratidão e amor transcendente.

A meu orientador, professor Gastão Wagner de Souza Campos: seu apoio, confiança e interesse pelas minhas ideias me estimularam e me fizeram realizar esta tese. Sem você não a teria feito. Obrigada pelo incentivo, pelo estímulo, pela amizade e, sobretudo, por confiar em mim.

Ao meu amigo: Luiz Odorico Monteiro de Andrade *quase me impondo* a importância de entrar nessa vereda, alçando mais esse vôo na minha dedicação à saúde pública e pelo compartilhamento de muitas ideias aqui presentes;

À minha amiga: Marilda Rosado, que do mundo do direito do petróleo, sempre se empolgou pela minha caminhada no mundo do direito à saúde e muito me incentivou nesta tese, opinando algumas vezes. Navegamos em águas profundas na coragem de viver a vida.

Aos amigos-sanitaristas, amizades transcendentais: Nelson Rodrigues dos Santos, José Enio Servilha Duarte e Gilson Carvalho, símbolos da dedicação a uma causa sem quaisquer interesses pessoais, apenas o sentimento do humanitarismo, da solidariedade e do coletivo.

À pessoa humana, o fim de tudo, e ao nosso país: mereceremos o melhor, sempre, e por isso continuamos a luta.

Às nossas utopias: sem elas não ousaria tudo que ousei. A transgressão é o cerne da evolução: sofrida, como todas as mudanças; gratificante, como todo fim de trabalho. Missão cumprida. Será? Como disse Guimarães Rosa: “*É preciso sofrer depois de ter sofrido, e amar, e mais amar, depois de ter amado*”.

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentando e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*

João Guimarães Rosa

RESUMO

Trata-se o presente trabalho de um estudo, fundado no critério hermenêutico, que tem por finalidade analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de sua forma organizativa, expressada no art. 198 da Constituição Federal, que conforma um sistema de interdependências federativas gerido por entes autônomos, na forma do disposto no art. 18. Preliminarmente, este trabalho analisa as formas de Estado e as concepções mais modernas de federalismo, que hoje se multiplica, a partir do clássico federalismo dual para o federalismo cooperativo, solidário e de interdependências tão afeito ao nosso Sistema Único de Saúde. Ao analisar o federalismo brasileiro, não se pode deixar de analisar as marcas do *centralismo* histórico na nossa República mitigando as práticas federativas, com grave influência na gestão político-administrativa, em especial no SUS – um sistema de interdependência e inter-relação federativa – que conta com a forte presença do poder central – a União – exercida pelo Ministério da Saúde em todo o país. Essa presença tem distorcido a descentralização política prevista na Constituição Federal e ofuscado o papel do estado-membro, por pautar e *tutelar* os entes federativos em razão dos recursos financeiros que se centram na União e que devem ser partilhados entre os entes subnacionais por critérios nem sempre pautados na lei. O centralismo federal em relação ao SUS se estrutura a partir de seu financiamento, uma vez que grande parte dos recursos que o sustentam são recursos federais transferidos pela União aos entes subnacionais, para programas e projetos definidos em âmbito federal. Esse fato tem forte repercussão na organização do Sistema Único de Saúde que se estrutura mais pelo seu financiamento e orientações federais e menos pelo planejamento global da saúde fundado nas necessidades de saúde da população. Outro ponto importante é a competência comum dos entes federativos no tocante à saúde, sua autonomia federativa e sua *interdependência* organizativa. Essas aparentes antinomias jurídicas – a *autonomia federativa* e a *interdependência organizativa* – requerem soluções que as harmonizem, garantindo ao SUS uma sólida estrutura jurídico-administrativa.

Palavras-chave: Saúde Pública. Direito Sanitário. Administração Pública. Sistema Único de Saúde. Federalismo. Contrato de ação pública. Articulação interfederativa.

ABSTRACT

This dissertation is a study on the organization form of the Brazilian Unified Health System - Sistema Único de Saúde (SUS) that, according to article 198 of the Brazilian Federal Constitution, is a system of federative interdependence managed by autonomous entities, as set forth under article 18 of such Constitution. It adopts an interdisciplinary approach, with emphasis in the legal standpoint and interpretation of the major guidelines of the Principles embedded in the Constitution and the protection of the Basic Human right to Health. There is an initial focus on the conceptual framework of Federalism and the traditions where the Brazilian Model got its background. The Brazilian State and its organization form and structure for the Health are scrutinized: the role of the Federal State, its centralistic imposition and influence on SUS' management. The study analyses how the characteristics of federative interdependence and mutual relationship, are harmed by the strong presence of central authority, the Federal Government, through the Brazilian Health Ministry. Concerning the SUS, the federal centralism is materialized through the form of its financing, since a large amount of resources that supports it is assigned by the federal Government to programs and projects determined by federal scope, prevailing over a federal or decentralized system. That situation has a strong impact on SUS' organization, defining its priorities rather by the sources of its financing than by global health planning, that should have as its foundation the people's need for health. The interdependence and autonomy require solutions that reaches a compromise between these contradictions, assuring to SUS a legal and administrative structure that allow overcoming its contradictions, in order to bring together an efficient system. To achieve this purpose, some ideas are presented, ideas that attempt to reconcile all required elements to a management that guarantees to citizens the right to health. With such aim, some structures and institutional arrangements are proposed, like interfederal network of health, health area, sanitarian map, public act agreement, interfederals collegiates, that are integrality patterns that could organize SUS and make it operate in an integrated way and meeting local needs. Citizens should be the centre of all technical, administrative and legal movements, in order to guarantee good services in reasonable time framework.

Keywords: Public Health. Sanitary Law. Public Administration. Unique Health System. Federalism.

SIGLAS

AIS	Programa Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
CES	Conselho Estadual da Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIE	Colegiado Interfederativo Estadual
CIS	Colegiado Interfederativo de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CIPLAN	Comissão Interinstitucional de Planejamento em Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CONITEC	Comissão de Incorporação de Tecnologias em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde
CONFAZ	Conselho Nacional de Política Fazendária
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS-SE	Conselho Estadual de Secretários Municipais da Saúde do Estado de Sergipe
CPC	Comissão Permanente de Consulta
EC	Emenda Constitucional
ETSUS/SE	Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe
FES	Fundo Estadual de Saúde
FESF	Fundação Estatal Saúde da Família
FHS	Fundação Hospitalar de Saúde
FUNDEB	Fundo da Educação Básica
FUNESA	Fundação Estatal de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS (portaria)	Ministério da Saúde
MP (portaria)	Ministério do Planejamento
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização de Ação de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional das Ações e Serviços de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIA-SUS	Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIR	Sistema Interfederativo de Regulação
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS/SE	Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe
Susep	Superintendência dos Seguros Privados
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	vii
AGRADECIMENTOS	ix
EPÍGRAFE	xi
RESUMO.....	xiii
ABSTRACT	xv
SIGLAS.....	xvii
SUMÁRIO.....	xix
INTRODUÇÃO.....	1

PARTE I

O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO UNITÁRIO E FEDERAL

Capítulo I. Aspectos conceituais sobre a formação do Estado	15
1.1 Introdução	15
1.2 Breves considerações a respeito da formação do Estado.....	16
1.3 O Estado unitário e o Estado federal	19
1.3.1 O Estado unitário	21
1.3.2 O Estado federal	22
1.4 O Estado federativo brasileiro e a descentralização política.....	29
1.4.1 A União na Federação	32
1.4.2 Estado na Federação brasileira.....	35
1.4.3 Município na Federação brasileira	38

PARTE II

O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO CONSTITUCIONAL

Capítulo II. Aspectos históricos da Reforma Sanitária Brasileira e seus fundamentos	43
2.1 Antecedentes	43
2.2 O Sistema Nacional de Saúde da lei 6.229, de 1975.....	45
2.3 Os programas da Reforma Sanitária dos anos 70/80.....	49

Capítulo III. A conquista do direito à saúde	55
3.1 A saúde na Constituição de 1988	55
3.2 Os entes federativos e sua inserção no SUS.....	60
3.3 A União no SUS	61
3.4 O estado-membro no SUS	65
3.5 O município no SUS	67
 Capítulo IV. A forma organizativa do SUS na Constituição	 69
4.1 O SUS e sua organização	69
4.1.1 Integração das ações e serviços de saúde descentralizados em rede de atenção à saúde	72
4.1.2 Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos?	80
4.1.3 Níveis de complexidade de serviços e sua hierarquização: o modelo de organização da atenção à saúde	89
4.1.4 As diretrizes do SUS	91
4.1.4.1 A descentralização e a direção única em cada esfera de governo e o princípio da subsidiariedade	91
4.1.4.2 A direção única em cada esfera de governo	99
4.1.5 Integralidade da assistência à saúde: a matriz da organização do SUS em rede	102
4.1.6 A participação da comunidade: democracia participativa	112
 Capítulo V. Harmonização entre autonomia e interdependência: regionalizando a descentralização – rede interfederativa de saúde	 121
5.1 Introdução	121
5.2 Conceito de rede de saúde	122
5.3 Rede de serviços de saúde.....	130
5.4 Linha de cuidados	132
5.5 Rede interfederativa de saúde	133
5.6 Onde negociar e realizar os consensos na saúde? Colegiados Interfederativos	140
5.7 Como garantir segurança jurídica aos consensos e expressar a solidariedade sistêmica: contratos organizativos	142

PARTE III

SUPERANDO DILEMAS DO SUS: A GESTÃO INTERFEDERATIVA ENCONTRANDO INSTITUCIONALIDADE – ANÁLISE DE TRÊS CASES

Capítulo VI. A gestão interfederativa encontrando institucionalidade

mediante atos legislativos e regulamentares	153
6.1 Introdução	153
6.2 Analisando os <i>cases</i> : A reforma sanitária do estado de Sergipe, a Fundação Estatal Saúde da Família no estado da Bahia e Ministério da Saúde e o decreto 7.508, de 2011 e a lei 12.466, de 2011	154
6.2.1 A Reforma sanitária do estado de Sergipe	154
6.2.1.1 Integralidade da assistência à saúde	158
6.2.1.2 Administração pública desconcentrada	159
6.2.1.3 Desconcentração administrativa: as fundações estatais	161
6.2.1.4 Rede interfederativa de saúde	165
6.2.1.5 Colegiados interfederativos estadual e regional	168
6.2.1.6 Articulação federativa e suas instâncias de consensos	171
6.2.1.7 Contrato de ação pública da saúde	172
6.2.1.8 Transferência fundo a fundo	175
6.2.1.9 Participação da comunidade	177
6.2.1.10 Comissão de Incorporação de Tecnologia – CIT	178
6.2.1.11 Do acesso e das portas de entradas reguladas	182
6.3 A Fundação interfederativa da Bahia: Fundação Estatal Saúde da Família (FESF)	184
6.4 Ministério da Saúde e o decreto 7.508, 2011, que regulamenta a lei 8.080, de 29 de junho de 2011, e a lei 12.466, 2011, que institucionaliza as relações interfederativas	200
6.4.1 Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011	200
6.4.2 A lei 12.466, de 24 de agosto de 2011	214

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O ontem, o hoje e o amanhã do SUS	221
2. Síntese conclusiva propositiva	235

REFERÊNCIAS.....	241
BIBLIOGRAFIA	255
REFERÊNCIA LEGISLATIVA BRASILEIRA	265
REFERÊNCIA LEGISLATIVA ITALIANA.....	266

INTRODUÇÃO

Todo mundo tem direito a um padrão de vida adequado à saúde e ao bem-estar seu e de sua família, incluindo alimentação, vestuário, moradia, assistência médica e social, além de amparo em caso de desemprego, doença, incapacidade, viuvez, velhice ou falta de meios de vida por circunstâncias além de seu controle.

Declaração Universal dos Direitos do Homem, art. 25

O **objetivo geral** do presente estudo é a análise e discussão dos desafios jurídico-administrativos e sanitários da gestão interfederativa do SUS, sob o olhar das relações interfederativas alicerçadas na cooperação e solidariedade visando a organização de serviços comuns e interdependentes fundados na concepção da garantia da integralidade da assistência à saúde, sendo os seus **objetivos específicos**: a) analisar as aparentes antinomias jurídicas em relação a alguns princípios que pautam a federação e o SUS: *autonomias* federativas, *interdependência* organizativa e cooperação *obrigatória*; (art. 18; 198; 30, VII); b) interpretar as normas constitucionais de aparente contradição propondo soluções que as harmonizem, excluindo as antinomias jurídicas; e c) fundamentar as soluções propostas de modo a dar consequência positiva e harmônica à organização do SUS.

A organização do SUS se assenta em alguns fundamentos que o torna um serviço público de complexa estruturação técnica, jurídica e administrativa, por exigir permanente interação dos entes federativos. O SUS traz para o administrador público o enfrentamento de inúmeros desafios que requerem soluções incomuns na administração pública brasileira, ainda fundada na burocracia e na supremacia do interesse público, uma visão monolítica superada quando já se defende uma harmonização entre interesse público e direito fundamental individual, que, em caso de tensão, devem ser ponderados por critérios que apontem a dignidade da pessoa humana como ponto central.¹

¹ Para conhecer mais consultar: Binenbojm G. Uma teoria do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar; 2006; Sarmento D. Supremacia do interesse público? As colisões entre direitos fundamentais e interesses da coletividade. In:

Este trabalho se propõe a discutir os desafios e vislumbrar caminhos técnico-jurídicos e administrativos para a adequada organização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um novo olhar das relações interfederativas, alicerçadas na cooperação solidária e na organização de serviços comuns e interdependentes em redes de atenção à saúde em região sanitária.

A abordagem do tema é um estudo interdisciplinar – saúde e direito –, privilegiando a ótica jurídica inserida no âmbito da saúde, adotando-se a hermenêutica jurídica na apreciação de documentos, Constituição Federal, leis, decretos, doutrina jurídica, jurisprudência e demais atos normativos inseridos no campo do direito público e da saúde pública. Visão da saúde matizada pelo direito, abarcando a gama dos direitos fundamentais, essenciais para a construção da cidadania e de uma Nação centrada na justiça social.

A hermenêutica jurídica exige que o hermeneuta, o terapeuta do direito, ante qualquer contradição aplique todos os esforços para harmonizar as normas em análise jurídica; a este esforço ou arte os Estatutos da Universidade de Coimbra, de 1772, denominavam de *Terapêutica Jurídica*. A interpretação das normas – que nem sempre traz em seu bojo clareza suficiente – requer do seu intérprete o exame de todos os elementos necessários à busca do real sentido do texto, a fim de atender aos seus verdadeiros fins. Muitas vezes, ao aplicar a regra do art. 5º da Lei de Introdução ao Código Civil que prescreve que, na aplicação da norma, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum, o intérprete poderá dirimir um conflito existente entre duas normas ou clarear obscuridades que o texto possa conter.

Na interpretação e aplicação do direito deve-se, ainda, buscar o razoável, a prudência e não a lógica da ciência. Por isso, o direito não produz uma *jurisciência*, mas sim uma *jurisprudência*. Um mesmo texto pode, ao longo do tempo, ir se transformando, tornando a norma outra, sem que seu texto tenha sido literalmente alterado. São os fatos que mudam, a sociedade que se transforma, a ordem social que se altera, gerando a necessidade de o intérprete adequar a norma aos fins que o legislador pretendeu alcançar, rejuvenescendo-a, atualizando-a.

Também não se deve deixar de esclarecer que o direito da saúde, adensado por diretrizes e princípios jurídicos em sede constitucional, exige um olhar interdisciplinar que justifica e motiva o estudo do tema no âmbito de uma faculdade de medicina ensejando, ainda, a promoção de estudos e pesquisas do direito sanitário por estudantes de medicina, em especial os da saúde coletiva em razão de sua vinculação à gestão, governança e organização dos serviços públicos de saúde.

O SUS se traduz como uma política pública de grande porte por incluir toda a população brasileira – garantindo um direito fundamental constitucionalizado e impondo aos entes federativos responsabilidades executivas, legislativas e financeiras, entre outras. Por isso sua *estrutura complexa* carece de maior reflexão jurídico-administrativa e sanitária na tutela de direitos fundamentais invioláveis, sendo dever do Estado o respeito aos direitos de seus cidadãos.² E os operadores do direito, até o presente momento, não se debruçaram o suficiente sobre o estudo da saúde, área desértica de material doutrinário, vivendo à míngua de doutrina, estudos e pesquisas jurídicas.

Durante quase 22 anos, a contar da data da publicação da lei 8.080, de 1990, uma profusão de arranjos administrativos foi sendo adotada no âmbito do SUS, para dar conta de um sistema público de saúde que, sob seu formato organizativo, não cabe nas bordas dos referenciais administrativos tal como são operados nos dias de hoje, ainda que já se discuta intensamente os novos paradigmas do direito administrativo, que deve ser instrumento estatal de promoção dos direitos fundamentais.³ Tenho usado a metáfora da massa do bolo (SUS) e da assadeira (administração brasileira): quando se coloca uma massa na assadeira maior do que ela pode comportar, ela derrama para todos os lados.

Na realidade, para os estudiosos do direito sanitário, o SUS à primeira vista parece ser dotado de aparentes antagonismos em relação a alguns princípios jurídicos que pautam nossa Federação, por ser constitucionalmente configurado

² Quando pregamos a organização do SUS da maneira mais adequada possível, não estamos num campo de preciosismos formais, mas antevendo o sujeito desse direito, que é o cidadão, a pessoa humana que num ambiente de direitos humanos não poderá jamais se ver abandonada numa área tão sensível como a da preservação da saúde, na minoração de seu sofrimento, no respeito à sua dignidade ao saber que está sendo acolhido, tratado e respeitado, ainda que sua doença seja grave ou incurável.

³ Aragão AS & Marques Neto FA, 2008.

como um *único* sistema de saúde, de âmbito nacional, descentralizado (competências comuns e concorrentes), pautado por *interdependências* federativas em razão da necessidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, fato que não se esgota em um único ente da Federação, necessitando da colaboração, ou, mais que isso, da participação ativa, da interação e de compartilhamentos federativos permanentes, quase imperativos, conformando um federalismo solidário e cooperativo.

O aprofundamento dos estudos permitirá verificar que tais colisões são apenas aparentes, exigindo do intérprete o esforço de unir conceitos, diretrizes, princípios constitucionais e administrativos e associá-los às especificidades do sistema. E é esse o papel da hermenêutica jurídica,⁴ da visão interdisciplinar, metodologias adotadas neste trabalho.

Além do mais, a organização e o funcionamento do SUS se inserem na ótica do direito administrativo democrático, um direito dialogando com a democracia, fundado muito mais nas interações, consensualidade e horizontalidade do que na hierarquia e na autoridade, com a cooperação e a solidariedade pautando sua organização jurídico-administrativa, forçando a instituição de uma administração pública operada por consenso. Almeida,⁵ prega que

O consenso tem íntima relação com a democracia, não integrando o princípio próprio dos regimes autocráticos. O Estado, como fenômeno político, e a Administração, como parte desse fenômeno, no contexto de um regime democrático, devem, pois, dedicar-se permanentemente à construção do consenso da comunidade.

Por isso, trata-se de um marco para o presente estudo a compreensão de que a *integralidade da assistência à saúde* – princípio do direito à saúde que compete ao SUS – somente se efetiva para o cidadão e para a coletividade em um sistema de colaboração, cooperação, compartilhamento e consenso entre os entes federativos. A partir dessa *ideia-guia*, devemos construir os liames necessários entre o Sistema Único de Saúde, o nosso federalismo – bastante centralista – e nossa administração pública, que pouco se inovou, com a execução das ações e dos serviços de saúde

⁴ Consultar: Maximiliano C, 1982.

⁵ Almeida FDM, 2008, p.337.

ainda se pautando no regime do *direito administrativo do clips*, conforme denominação de Sundfeld.⁶

Pretende-se encontrar a harmonia entre as aparentes colisões de conceitos sem eliminar um deles, para tanto é preciso ponderá-los e adotar, o quanto for necessário, providências legais, infralegais, administrativas, na produção de resultados garantidores do bem protegido que é a saúde humana.

Por isso, este estudo analisa, ainda que de maneira sucinta, o Estado brasileiro, sua forma organizativa – Estado Federal –, suas práticas (heranças históricas) mais centralistas que federativas e as influências que exerce na gestão do SUS que contaminam a administração pública e o sistema de controle interno e externo.

Pode-se dizer que o centralismo federal em relação ao SUS se assenta fortemente em seu financiamento, uma vez que grande parte dos recursos que o sustentam são recursos federais transferidos pela União⁷ para programas e projetos definidos pelo âmbito federal. Esse fato tem forte repercussão na organização do SUS porque este se pauta mais pelo financiamento federal e menos pelo planejamento global da saúde, que deveria ter como fundamento as necessidades de saúde da população, alicerçado num planejamento federativo integrado.

O SUS, além da importante questão do federalismo *formal* e do federalismo *real*, que precisam se encontrar de fato, necessita, conforme dito anteriormente, de novas configurações administrativas por ser um sistema que requer práticas *interfederativas* (*consensos, solidariedade federativa*) em vez de práticas *centralizadas* (*verticalização, hierarquia*) e *espaços regionais executivos* (*territorialidade regional*), uma vez que a integralidade da assistência à saúde não se esgota no território municipal, nem mesmo, muitas vezes, no território estadual, principalmente se se considerar as profundas diferenças socioeconômicas e geográficas que marcam nosso país e implicam diferenciação das

⁶ Sundfeld CA, 2008, p. 89, denomina de direito administrativo do *clips* a “*administração pública de papelaria, que age por autos e atos, trata direitos e deveres em papel, é estatista, desconfia dos privados, despreza a relação tempo, custos e resultados, não assume prioridades*”.

⁷ Composição dos gastos públicos com a saúde em 2010: União 62 bi (45%); Estados, 37 bi (27%); Municípios 39 bi (28%). Dados de Gilson Carvalho, *Financiamento do SUS*, acessível em <www.idisa.org.br>. Nesse sentido, tem-se que 55% dos recursos da saúde devem se diluir entre 27 estados e 5.565 municípios, restando apenas para um ente, a União, 45% de todos os recursos.

responsabilidades dos entes federativos, que devem ser compatíveis com seu desenvolvimento socioeconômico e sua demografia. Por isso, a Constituição Federal, art. 198, dispõe ser o SUS um sistema *regionalizado*. Tratei desse tema na obra *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*.⁸

O SUS formal foi construído sob grande complexidade conceitual e operativa, sendo importante ressaltar que a regulamentação da lei 8.080, de 1990, pelo decreto 7.508, que somente aconteceu em junho de 2011, *21 anos depois*, conforme será apresentado neste trabalho, é um fato que postergou deleterianamente a explicitação de conceitos, com desgaste para a organização do sistema, que o tempo todo careceu de uma explicitação adequada e unívoca de conceitos organizativos.

Muitas vezes a ausência de explicitações de dispositivos legais que ficaram ao sabor de compreensões (e incompreensões), as mais diversas e díspares possíveis, expressadas muitas vezes em portarias do próprio Ministério da Saúde,⁹ só contribuiu para idas e vindas organizativas do sistema, mediante a edição de normas operacionais (quatro normas principais e o Pacto pela Saúde de 2006) que nem sempre guardavam coerência interna conceitual (no âmbito do próprio Ministério da Saúde) que pudesse garantir governança ao sistema local, regional, estadual e nacional num ambiente federativo, além do fato de essas normas muitas vezes serem a fusão das anteriores, sem muita inovação ou critério seletivo,¹⁰ criando-se mais dúvidas que certezas, muita rarefação e pouco alicerce construtivo.

Fato que no passado recente fragilizou sua governança, a participação social, que tende a ser mais formal e muito segmentada e pouco “participativa” na acepção do conceito, a construção de métodos que permitissem a avaliação do desempenho da saúde em relação às necessidades da população e a satisfação do usuário. Com um SUS pautado por um ordenamento fraco e volúvel, ambiente prolixo e inseguro de um excesso de portarias ministeriais, suficientemente abundantes para *não ser conhecidas e reconhecidas fora e dentro do sistema*, esses fatos

⁸ Santos L & Andrade LOM, 2009.

⁹ O Ministério da Saúde publicou um documento: *SUS de A a Z* e apoiou a publicação de um glossário da saúde. Em ambos há conceitos divergentes sobre o mesmo verbete.

¹⁰ No mundo de hoje, a teoria do “recorta e cola” foi adotada na construção de normas operativas do SUS. Muitas vezes uma norma acaba sendo um pouco da outra e da outra, e assim por diante, sem que se saiba o que de fato ficou ou não revogado, o que é inovação e o que mudou. Parece que tudo acaba sendo a mesma coisa com nova roupagem.

contribuíram para um resultado de desmerecimento do cidadão, que acaba por não ver seu direito garantido e sua dignidade respeitada. Os princípios administrativos da razoabilidade, da proporcionalidade, da eficiência foram por vezes desrespeitados se se considerar essa profusão de portarias editadas pelo Ministério da Saúde organizando o SUS. Um pouco mais de reflexão e alteridade institucional teriam feito bem às autoridades públicas que vez por outra podem ter se esquecido de que seus atos têm repercussão sistêmica, atuando sobre todo o sistema de saúde brasileiro com repercussão no resultado final dos serviços de saúde.

Ainda que as mais importantes normas operacionais¹¹ editadas pelo Ministério da Saúde possam, de algum modo, ter trazido avanços na implementação inicial do SUS, elas sempre estiveram contaminadas pela força de um federalismo centralista que marca nossa República, exercendo o Ministério da Saúde muitas vezes um papel de ente controlador de 5.565 municípios e 27 estados, com atuações invasivas nas autonomias federativas e contrárias à diretriz constitucional da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, da coordenação estadual e repartição de competências constitucionais na saúde.

Nessa linha das práticas centralizadoras, ocorreram vários equívocos, como o de exigir *habilitação* de municípios perante o Ministério da Saúde – 5.565 – para definir sua condição de gestão no SUS e, com isso, fazer jus ao recebimento das transferências de recursos, como se o SUS fosse um sistema federal que, mediante *delegação* de competência da União, pudesse ser descentralizado por convênio, como ocorreu com o convênio SUDS. Ainda que se justificasse o sistema de habilitação,¹² este deveria ser realizado perante os Estados-membros por ser o SUS um sistema regionalizado sob coordenação estadual, conforme determina a lei 8.080, de 1990, em seu art. 17 e a CF em seu art. 198.

Em contrapartida, não tendo o Ministério da Saúde corpo de servidores estável, permanente, possuindo muitos servidores e consultores temporários no

¹¹ Portarias ministeriais que aprovaram diversas normas operacionais visando organizar o Sistema Único de Saúde em âmbito nacional: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, NOAS-SUS 01/96; NOAS-SUS 2001 e NOAS-SUS/2002. Hoje em dia em vigor apenas a NOB-SUS 96, e assim mesmo para o conjunto de entes federativos que não aderiram ao Pacto pela Saúde de 2006.

¹² A NOB 01/93 foi a primeira a utilizar a expressão *habilitação*; contudo, tanto a NOB 01/91 quanto a NOB 02/93 já exigiam que os entes federativos seguissem determinações federais para receberem as transferências de recursos da União.

exercício de funções permanentes ao longo desses anos, foi fato comum a organização do SUS se dar pela visão de quem estava no exercício da função durante determinado período, com perda da unidade conceitual, no âmbito do próprio Ministério da Saúde, que acabou se espraiando por toda a Federação. Isso sem mencionar que a ausência do necessário conhecimento do ordenamento constitucional e legal da saúde influenciou por vezes o teor das portarias ministeriais, abundantes e até mesmo incoerentes entre si, por serem elaboradas de acordo com o pensamento do servidor transitório e não pelas ideias-força, ideias-matriz do SUS. Pode-se dizer, com a devida vênia, que por vezes faltou alinhamento conceitual geradora de certo “amadorismo” no agir administrativo.

Eu já havia discorrido sobre a necessidade de as ideias-força do SUS serem objeto do agir administrativo na obra em coautoria com Carvalho:¹³

Alguns dos elementos constitutivos do SUS são, por si mesmos, idéias-força para o agir político e administrativo dos responsáveis pela condução do sistema e, juntamente com outras idéias-força não privativas do marco teórico do SUS, devem revestir e permanentemente orientar práticas dos atos no âmbito do sistema e na interação deste com outras instâncias governamentais e com a própria sociedade. Exemplos dessas idéias-instrumentos: 1) Unicidade conceitual do sistema. 2) A relevância pública das ações e serviços de saúde. 3) O imperativo da representação do setor saúde no centro das decisões políticas que o afetam. 4) O papel e competência. 5) A descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização das ações e serviços. 6) A participação da comunidade e o controle social na gestão do SUS.

Esse fato trouxe dificuldades à unicidade do agir político e administrativo do SUS, revelando uma falta de compreensão as suas complexidades, que exigiriam providências administrativas relacionadas à resolução de aparentes impasses federativos com mudanças profundas na estrutura da Administração Pública.

Nesses anos todos foram adotadas, no âmbito federal, posturas centralistas sem grandes questionamentos das administrações subnacionais. Na realidade, essas práticas centralistas tenderam a transformar o SUS em um sistema *federal*, apenas descentralizado administrativamente, com a manutenção do poder político nas mãos da União, gerando uma *descentralização tutelada* ou

¹³ Carvalho GI & Santos L, 1995, p. 285.

descentralização-centralizada. É preciso, pois, “desfederalizar” o SUS para *regionalizá-lo* e *estadualizá-lo*.

A lei nº 8.080 sempre necessitou de ser regulamentada ante a necessidade de explicitação de determinados conceitos que são o alicerce do SUS, como planejamento integrado, região de saúde, rede de atenção à saúde, integralidade da assistência, assistência farmacêutica, portas de entrada do sistema, acesso regulado, ciência e tecnologia, recursos humanos, sistema de informações em saúde, fomento, parceria e transferência de ciência e tecnologia, direção única, entre outros preceitos legais, até então objeto de discussão, certa dubiedade interpretativa e regulação por portarias muitas vezes discrepantes entre si, não duradoras em razão de o corpo de servidores do Ministério da Saúde não ter sido muito estável, como apontado anteriormente, e com isso se ir perdendo o conhecimento adquirido, permitindo um novo pensamento e conceito, muitas vezes descolado da legalidade, a cada substituição de servidor.

O SUS é um sistema de saúde que advém da união das ações e serviços públicos de saúde federal, estadual e municipal, organizado sob o formato de rede regionalizada e hierarquizada, assentado em princípios e diretrizes nacionais que o conformam como um *sistema único* num país federativo. No SUS, como não poderia deixar de ser, os Estados-membros devem gozar de autonomia político-administrativa para se auto-organizarem e exercerem suas competências constitucionais, ainda que, no caso do SUS, isso importe na necessidade de adoção de novas práticas administrativas que requeiram *coordenação-associada estadual e regional* (gestão interfederativa).

A questão mais relevante no que se refere ao SUS é saber em que alicerces devem se assentar suas estruturas organizativas para conviver *unicidade* e *diversidade*, a *autonomia federativa* e *interdependência operativa* e firmar essas ideias-força, para que suas estruturas não fiquem ao sabor de pensamentos de especialistas que nem sempre são do corpo permanente do serviço público.

A unicidade nacional do SUS, que a primeira vista poderia ser definida como aquela que se ampara nas diretrizes constitucionais (incisos I a III do art. 198 da CF) e em princípios e diretrizes legais (art. 7º da lei 8.080, de 1990,), se estende para três pilares insertos no *caput* do art. 198, os quais lhe dão sua forma

organizativa, que é a *integração de serviços de entes autônomos em rede regionalizada e hierarquizada*.

Ao definir o SUS, a Constituição o faz de modo a requerer a *integração* de serviços de entes federativos *autônomos em rede regionalizada*, que conforma um sistema fundado na *interdependência* e na *inter-relação* de serviços, gerando assim uma solidariedade sistêmica, uma política fundada no consenso interfederativo. Entretanto, sendo o Estado brasileiro uma Federação e a ele cabendo cuidar da saúde de todos os seus entes, cabe ao intérprete da lei propor elementos que permitam que esse modelo constitucional seja uma realidade, que conjugue, harmonicamente, ambos os princípios: a *interdependência dos serviços* organizados em rede e a *autonomia dos entes* que os administram.

O presente estudo tem a finalidade de deslindar essas aparentes antinomias jurídicas e operativas com o intuito de apontar soluções. É esse o desafio imposto. Deve-se demonstrar a viabilidade de sua organização e operacionalidade compartilhadas, sem abrir mão das autonomias federativas, tampouco das interdependências em espaços regionalizados, ou melhor dizendo, em regiões de saúde. *Uma descentralização que se regionaliza em nome da unicidade do sistema e da harmonização das diferenças locais, gerando equidade regional*.

Tenho insistido em afirmar que a descentralização das ações e serviços de saúde ocorrida em 1988 deveria ter sido acompanhada de mudanças nas burocracias¹⁴, fomentando assim uma administração mais eficiente e melhorando as capacidades executivas, além de imprimir uma nova mentalidade quanto aos serviços públicos e às responsabilidades de suas autoridades e servidores, sendo acompanhada de recursos para sustentar essa responsabilidade. A permanente política da *cenoura e da vara*¹⁵ produz o efeito do aprofundamento do mando central e das dependências das unidades federativas, em desrespeito à repartição de competência conferida pela Constituição e às autonomias federativas. Retira a possibilidade de consenso que se substitui pela política federal da *cenoura e da vara*.

¹⁴ Falletti T, 2006, p. 46-85.

¹⁵ Expressão cunhada para definir política de traspasso de recursos da União para estados e municípios sob a ótica da adesão a políticas e programas federais. Ver obra: Santos L & Andrade LOM, 2009. *Op.cit.*

O presente estudo também não poderia deixar de discorrer sobre os antecedentes do SUS, a Reforma Sanitária, que propugnava mudanças políticas heroicas na garantia de direitos fundamentais, e os programas pré-SUS.

Outro ponto fundamental é a falta de regulamentação do setor privado no tocante ao planejamento da saúde brasileira (a pública e a privada). Ainda se permite a implantação de serviços privados deslocados do planejamento da realidade sanitária, em áreas nem sempre destacadas pelo poder público como de necessidades para a população.

A falta de regulamentação, controle e fiscalização, determinados pelo art. 197 da CF quanto às ações e serviços de saúde públicos e privados, geram desperdício, desorganização do sistema, duplicidade e muitos outros problemas na organização do SUS. Mesmo existindo leis dispendo sobre os três modelos de qualificação do setor privado sem finalidade lucrativa, a organização social, a organização da sociedade civil de interesse público e as entidades beneficentes de assistência social, as relações entre o poder público e essas entidades não têm clareza suficiente de seus limites em suas atuações. Não se trata de defender a ausência do regime de parceria público-privado, mas certamente falta melhor definição e regulamentação para que o setor privado seja de fato *complementar* do público e não *substitutivo* como vem acontecendo em certos momentos.

Esse tema é de fundamental importância para demarcar a seara privada que não pode nunca se sobrepor à pública e nem estar a seu único favor (privado): ela tem que estar inserida num planejamento público que, em seu diagnóstico, a considere como de relevância pública e que ela cumpra de fato esse papel relevante, precioso, ainda que exercida de forma econômica. É um desafio para as autoridades públicas manter um sistema de saúde de acesso universal e igualitário convivendo com a liberdade da iniciativa privada para explorar o SUS economicamente, o que requerer forte regulamentação, controle e fiscalização para que os campos de um e de outro tenham demarcação, nos termos do art. 197 da CF, com a saúde pública no comando. Isso vale para as entidades privadas com ou sem fins lucrativos que atuam no SUS as quais devem integrar-se à rede pública.

Esses desafios, o financiamento insuficiente, a gestão pública inadequada e hoje, não poderíamos ainda deixar de destacar, alguns descaminhos

operativos do controle social (conselho de saúde), grande expressão da democracia participativa, que, por estar cada vez mais segmentado e dominado por corporações, deixa de ser a expressão real da sociedade como um todo. A participação da comunidade no SUS, um valor democrático que se pretende cada vez mais e de profundo respeito à cidadania, em alguns casos ou momentos tem sido exercida com alguns equívocos.

Em síntese, o que se propõe neste estudo é apontar a harmonia que deve haver no tocante à organização do SUS, as dificuldades administrativas, financeiras, operativas e interfederativas, mediante a ponderação de valores, diretrizes e princípios que deve garantir resultados que fortaleçam o sistema público de saúde, a despeito de nossas frágeis tradições e heranças republicanas, consolidando uma cultura que privilegie o cidadão, seus direitos fundamentais e uma sociedade que cultive os direitos humanos como seu maior fim. Um sistema que harmonize as assimetrias federativas, em especial as dos entes municipais, gerando equidade regional, solidariedade sistêmica e boa governança em nome de uma ética pública institucional.

PARTE I

O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO UNITÁRIO E FEDERAL

Capítulo I. Aspectos conceituais sobre a formação do Estado

1.1 Introdução

Esta parte do trabalho visa traçar um brevíssimo histórico a respeito da organização dos Estados soberanos para situar o estado federal e o estado unitário para contextualizar a Federação brasileira. A importância dessa contextualização está no fato de o sistema de saúde brasileiro ser um modelo que aparentemente é afeito ao Estado unitário por se tratar de um sistema de saúde público que é único nacionalmente.

Apenas aparente a impressão. Por isso a importância de se iniciar este trabalho com essa digressão a respeito da forma de Estado. A forma federativa é de grande importância para a organização e execução do Sistema Único de Saúde por ser um sistema que somente pode ser realizado a contento se for descentralizado politicamente ao mesmo tempo em que se cerca de recursos administrativos integrativos das políticas públicas.

Neste Capítulo, ao se discorrer sobre o federalismo conceitualmente falando e depois o brasileiro, se poderá avaliar se as práticas federativas, ínsitas ao Estado Federal, se apresentam na organização e execução do SUS em âmbito nacional.

Releva destacar ainda que não há como apenas discorrer sobre a formação dos Estados soberanos e situar ao Brasil sem mesclá-lo todo o tempo com o SUS e discorrer sobre as práticas dos entes federativos na sua gestão.

1.2 Breves considerações a respeito da formação do Estado

As sociedades nascem da necessidade do homem, ser social, viver em agrupamentos. Dos modelos de agrupamentos sociais mais simples aos mais complexos, todos têm em comum necessidades humanas gregárias. São diversas as teorias da origem dessa necessidade. Das mais simples, como as teorias decorrentes de uma necessidade humana de se associar a outros iguais, como pregava Aristóteles,¹⁶ Santo Tomás de Aquino,¹⁷ que viam a sociedade com um fato natural do ser humano, às mais complexas, como a do contrato quando o ser humano, por ato de vontade, por um acordo hipotético, num sistema *contratual*, se estabelecia em sociedade.

Ainda que haja algumas diferenças entre os autores que defendem a tese contratual, elas têm em comum a necessidade de a pessoa humana estar associada, junta, seja em razão de seu sentido gregário, seja por ato de vontade *consciente* em se unir aos outros com finalidades específicas. Sejam essas sociedades originadas da natureza humana ou da vontade humana, todas devem ter como elementos característicos, conforme Dallari:¹⁸ *“uma finalidade ou valor social; manifestações de conjunto ordenadas; e o poder social”*, para que possam ser consideradas sociedades políticas.

Um bom exemplo de sociedade política é dado por Filippo Carli,¹⁹ citado por Dallari, no tocante à existência de categorias de agrupamentos sociais de acordo com a finalidade que lhes afetam:

a) sociedade que persegue fins não-determinados e difusos (família, cidade, Estado etc.); b) sociedades que persegue fins determinados e são voluntárias, no sentido de que a participação nelas é o resultado de uma escolha consciente e livre; c) sociedades que persegue fins determinados e são involuntárias, uma vez que seus membros participam delas por compulsão (o exemplo mais típico é a participação numa Igreja).

¹⁶ Aristóteles, 1999.

¹⁷ Aquino ST, 2005.

¹⁸ Dallari DA, 2009.

¹⁹ *Apud* Dallari DA, *op. cit.*, p. 47.

De acordo com Streck e Moraes²⁰ as causas que determinaram a formação do Estado foram:

- a) a teoria da *força*, da violência, a qual se fundamenta na ideia de dominação de grupos sociais por atos de força ou violência;
- b) a teoria *familiar*, patriarcal ou evolucionária, que se assenta na tese de que o Estado surge a partir de grupos familiares com suas lideranças, com cada família primitiva se ampliando;
- c) a teoria *divina*, que se funda na criação do poder divino dos reis e patriarcas que recebem o dom de governar de Deus;
- d) a teoria *econômica* e patrimonial, que se fundamenta na necessidade do homem de viver de maneira interdependente, para que todos possam se aproveitar uns dos outros naquilo que fazem de diferente, diante das diferentes necessidades de cada um;
- e) a teoria do *desenvolvimento social*, que encontra justificativa no desenvolvimento de uma sociedade que, diante de sua evolução e sua complexidade, passa a necessitar de maior organização. É o desenvolvimento espontâneo da sociedade que vai exigir a constituição do Estado para sua continuidade.

Há pesquisadores que defendem ter havido sociedades que viveram períodos sem o Estado, até quando se sentiu a necessidade de organizá-lo e que apenas sociedades com características bem definidas poderiam se organizar sob a forma de um Estado.

No tocante à origem do surgimento do *Estado Moderno*, sem se considerar as formas antigas, muitas são as teorias. Quanto a seu aparecimento, a mais comum é a que fixa em Maquiavel²¹ seu surgimento, por ter sido ele quem utilizou pela primeira vez a palavra “Estado”: “*Todos os Estados, os domínios todos que existiram e existem sobre os homens, foram e são repúblicas ou principados*”. Por esse motivo, o século XVII é dado como a data do aparecimento do *Estado Moderno*,

²⁰ Streck LL & Moraes JLB, 2010.

²¹ Maquiavel N, 1979, p. 37.

ainda que tenha existido outras formas de governo, com relatos de Heródoto, sec. VI antes de Cristo, uma vez que a pessoa humana sempre viveu em grupos, dentro de uma mínima organização social com *poderes* para regradar o comportamento do grupo. Mas o século XVII é a data fixada pela maioria dos historiadores, filósofos e juristas para o surgimento do *Estado Moderno*.

Desse modo, pode-se afirmar que a palavra “Estado”, originária do latim e que significa *status* “estar firme”, significa uma sociedade política dotada de organização social e com poderes para impor regramentos para a convivência entre seus membros. Importante ressaltar tratar-se de uma forma de organização política, não se confundindo Estado com mero governo.

Zimmermann²² qualifica o Estado como “*a forma de organização política da época moderna, estabelecida para o domínio de um povo localizado num território qualquer*” que realmente somente vai surgir com Maquiavel, sendo que “*o poder político sempre existiu numa determinada sociedade, ainda que primitivo e sob diversas denominações (imperium, polis, civitas, regnum, lander...)*”. Mas o Estado como hoje é concebido remonta a Maquiavel (Estado moderno) sendo elementos integrantes povo, território e governo, com alguns autores acrescentando a soberania como elemento essencial.

No mundo moderno, o Estado se constitui a partir da teoria da derivação, ou seja, o Estado não nasce de maneira natural ou espontânea, e sim a partir da vontade da sociedade política. Na realidade, o Estado se origina de seu próprio fracionamento ou da união de territórios, dividindo-se, desmembrando-se em territórios estatais para dar origem a mais de um Estado ou para se aglutinar ou se juntar. As antigas colônias são bons exemplos do fracionamento do Estado; os Estados do Leste Europeu que se separaram para dar origem a outros Estados também seriam exemplos do Estado derivado.

A união de Estados para dar origem a um só e o desaparecimento dos demais tem sido um fenômeno muito comum. Os Estados se unem em torno da

²² Zimmermann A, 2005, p.10. O referido autor discorre sobre os mais antigos centros de poder político *formados há três milênios antes de Cristo e que surgiram na Baixa-mesopotâmia. Eram formas monárquicas e teocráticas-absolutistas de governo*, geralmente fundados no regime da escravidão (Código de Hamurabi, na Babilônia, Livro dos Mortos no Egito, as Leis de Jeová de Israel). Bobbio denominava três formas clássicas de governo: o governo de muitos (democracia); o governo de poucos (aristocracia); e governo de um só (monarquia). (Bobbio N, 1998, p. 39.)

adoção de uma única Constituição, como é o caso das federações. As federações, a partir de seu surgimento, em 1787, são a forma preferida por unir diversos estados autônomos em torno de uma única Constituição, mas mantendo as autonomias originais, com a preservação de seu modo de vida e suas características socioculturais. É a diversidade e a unidade em aparente contraponto que garantirá força e solidez aos estados-membros, anteriormente separados.

O Estado moderno se assenta em quatro características, ainda que alguns estudiosos defendam a existência de apenas duas. Trabalhando com a ideia das quatro características para a formação do Estado moderno – *território, soberania, povo e finalidade* –, podemos chegar a uma definição de Estado, ainda que aparentemente impossível diante de tanta variedade de teorias e pensamentos, que chegam ao absurdo de conferir ao Estado mais de 145 definições.²³ Na realidade, no conceito de Estado não pode escapar a ideia de força autorregulada pela ordem jurídica, que a contém. Jellinek²⁴ adota a noção jurídica do Estado e o define como corporação territorial dotada de um poder de mando originário. Em seu conceito, estão presentes o território, a força (poder) e a ordem jurídica.

1.3 O Estado unitário e o Estado federal

As formas do Estado moderno têm sido o *Estado unitário* e o *Estado federal*. O Estado unitário mantém um poder central, e o *Estado federal* se descentraliza, mantendo diversos centros de poder autônomos, com preservação de suas características socioculturais. No Estado federal, o poder político e administrativo é descentralizado. O Estado unitário muitas vezes pode ser descentralizado – descentralização administrativa, e não política –, conferindo determinadas autonomias às regiões, levando alguns autores, como Dallari, a

²³ Dallari DA, *op. cit.*, 2009.

²⁴ Jellinek G, 1954.

afirmar a existência de uma terceira forma de Estado, que seria o Estado regional,²⁵ citando a Itália e Espanha como exemplos.

Desde o surgimento do Estado federal – afeito ao Estado liberal por descentralizar seu poder para estados-membros ou unidades subnacionais e, ao se descentralizar, diminuir a intervenção estatal ou o poder centralizado – que data do século XVIII, esse modelo tem sido bastante utilizado pelos Estados por permitir que, ao mesmo tempo em que o Estado se mantém uno, suas atuações podem ser descentralizadas ainda que contidas numa União federal ou uma nação.

O mais comum dos modelos adotados, contudo, é o Estado unitário, ainda que o Estado Federal tenha recentemente sido o mais utilizado, sendo a forma preferida dos Estados nacionais, que no mundo contemporâneo advém da divisão de uma unidade nacional em unidades subnacionais, em vez da união de unidades nacionais em torno de um ente central. O Estado federal geralmente é a forma mais utilizada por Estados de grande extensão territorial em razão da necessidade de descentralização do poder central, ainda que essa característica não seja a determinante da escolha da forma de governo. Em âmbito mundial, pode-se destacar a necessidade de novas formas de organização estatal diante da dimensão da globalização, que tem requerido a união de estados nacionais, a descentralização da atuação dos entes subnacionais, dentre outros.²⁶

O Dicionário de Política,²⁷ esclarece bem a ligação existente entre Estado federal e Estado unitário descentralizado por haver formas intermédias entre Estado federal e Estado unitário mais ou menos descentralizadas – descentralização regional e descentralização em entidades locais, descentralização administrativa no sentido estrito,

Mas é claro que existe uma profunda diferença entre a Descentralização administrativa e a federal. Esta diferença baseia-se, principalmente, no conceito de autonomia política e de Descentralização política. A Descentralização política distingue-se da administrativa, não apenas pelo tipo diferente de funções exercidas, mas também pelo “título” que caracteriza o seu fundamento. A Descentralização política expressa uma idéia de direito autônomo, enquanto na descentralização administrativa específica

²⁵ Dallari DA, *op. cit.*, 2009.

²⁶ Viana ALÁ, Lima LD, Oliveira RG, 2002, p. 493.

²⁷ Bobbio N, Pasquino G, Matteucci N, 1993, p. 331.

temos um fenômeno de derivação dos poderes administrativos que, por sua vez, derivam do aparelho político-administrativo do Estado, isto é, do Estado-pessoa. [...] Em resumo, o nível de autonomia constitucional das regiões é objeto de competência legislativa estatal (ou seja, somente do Parlamento do Estado) e não existe um poder judiciário constitucional que, com referência às regiões, esteja em posição de real independência com relação ao Estado.

1.3.1 O Estado unitário

O Estado unitário caracteriza-se pela existência de um poder central único, com unicidade de sistema legislativo, judiciário e executivo. Não há pluralidade desses poderes, que são unos e vinculados ao poder central. No Estado unitário, a capacidade legislativa, administrativa e política advêm do poder central, que detém todas as competências constitucionais.

Mesmo quando o Estado unitário se regionaliza e mantém governadores e prefeitos escolhidos pelo povo, esse mandato é uma delegação do poder central, podendo ser retomado. Também quando se descentraliza em regiões, o poder político e jurídico continua sendo centralizado. A descentralização é administrativa, e não política.

O Estado unitário pode ser descentralizado em regiões, denominadas de “Estado regional”, muitas vezes com maior autonomia do que as conferidas pelo Estado federal aos entes subnacionais, como é o caso do Estado brasileiro, que mantém até os dias de hoje alta concentração do poder político nas mãos da unidade nacional.

A Espanha, a Itália são estados unitários com forte descentralização, com as regiões ou comunidades autônomas com poderes maiores que determinadas federações como a brasileira.

1.3.2 O Estado federal

Federação, que etimologicamente vem do latim (*foedus, foederis*), significa aliança, pacto, e é a forma preferida no mundo contemporâneo, uma vez que as alianças e os pactos têm até mesmo suplantados a própria soberania das nações, como é o caso da União Europeia. A primeira e marcante experiência de um Estado federado (ou federativo, como denomina nossa Constituição) é a dos Estados americanos, que, a partir de 1787, transformou seu modelo confederativo em Federação, dando origem ao que se denomina de Estado federal. Na confederação, diferentemente do que ocorre na Federação, não há um poder central unindo os Estados-membros como uma pessoa jurídica. Por isso, a Federação é mais consistente pela existência de poder central, pessoa jurídica soberana, que os une e os representam externamente.

O Estado federal é uma criação dos Estados Unidos que surgiu com a Constituição da Filadélfia. Surgiu de necessidades concretas, não de construções teóricas. É o que se chama de federalismo centrípeto, que vem de fora para dentro. Nos Estados Unidos, a *efetiva natureza da Federação antecede a construção constitucional*.²⁸ (Diferentemente do que ocorreu no Brasil, que partiu de uma unidade para construir a Federação - federalismo centrífugo). As colônias inglesas ou os Estados precisavam fugir da dominação inglesa. Assim, surgiu primeiramente a confederação de Estados, que não atendeu às suas necessidades, levando as autoridades da época a pensar em alguma forma mais segura e mais forte para os enfrentamentos que precisavam. Foi assim que nasceu a Federação americana, em 1787, modelo que se espalhou por todo o mundo moderno e contemporâneo.

O federalismo é uma pluralidade de estados com um poder central que une todos eles ao mesmo tempo em que garante autonomia aos estados-membros e a soberania do poder central (a diversidade na unidade). Na forma federativa – um só território e um só povo com cultura e costumes diversos –, existem, de maneira harmônica, diversos ordenamentos jurídicos: o central e o regional, todos assentados em torno de uma Constituição que assegura, de maneira rígida,

²⁸ Fleury JSF, 1999, p. 8.

poderes aos estados-membros e à União. No federalismo, há descentralização do poder político, não apenas do poder administrativo.

Alguns elementos mínimos são essenciais para estabelecer o modelo. Figueiredo,²⁹ os expressa da seguinte maneira:

- a) é o Estado federal soberano, sendo autônomos os estados-membros, ou que outro nome se dê às unidades federativas;*
- b) a autonomia é conferida pela Constituição Federal, supremo documento do Estado; autonomia ampla, com capacidade política, administrativa e financeira;*
- c) deve haver distribuição de poderes e competências entre os estados-membros, fruto do pacto federal, onde os Estados participam da vontade federal;*
- d) a existência de órgãos de controle a fim de evitar e solucionar conflitos, entre as entidades federadas e o Estado Federal, deve ser atribuída a um órgão judicial, no caso, pelo exemplo histórico, a Suprema Corte, órgão de cúpula do Poder Judiciário.*

No federalismo, o poder central se descentraliza para os estados-membros, que são dotados de competência constitucional para o exercício de parcela do poder político e jurídico, além de ter rendas próprias para cumprir com os encargos constitucionais que lhes são impostos. Trata-se de duas ordens jurídicas, a federal e a federada, coexistindo de maneira harmônica. Observa Machado,³⁰ “*que o Estado Federal é, simultaneamente, um Estado e uma Federação de Estados*”.

Nossa Federação, ao contrário da americana, não é resultante de Estados soberanos e independentes, e sim de províncias do Império, sem autonomia (modelo centrífugo). Com a queda do Império, e o fato de suas províncias nada mais serem do que meros desdobramentos administrativos do poder imperial, esse esgotamento levou o país a adotar o sistema federativo como alternativa para diminuir os problemas trazidos pelo Império e por seu centralismo. Consequentemente, nosso Estado federal nunca garantiu uma autonomia autêntica às unidades federativas, os estados-membros. Até hoje se recente dessa mitigação da autonomia por a Federação ter sido construída de maneira artificial, uma vez

²⁹ Figueiredo M, 2009, p. 99.

³⁰ Machado RH, 2010, p. 461.

que não havia Estados soberanos que se uniram em torno de um poder central sem perder as suas autonomias, como é o caso americano. O Estado federal americano, no caso, é resultado da união de entes que de fato gozavam de verdadeira e real autonomia. No caso do Brasil, são unidades dependentes que ganharam autonomia.

De todo modo, construído de maneira artificial ou de modo original, um mínimo conceitual é exigido para se dizer tratar-se de uma Federação. Os estados-membros podem participar da vontade federal, mas há que se indagar, conforme Figueiredo,³¹ *“qual o peso de cada um, se há ou não respeito as suas realidades culturais etc. Na mesma medida, o questionamento se põe em relação à autonomia. Ela pode ser formal e não efetiva”*. No nosso país, a autonomia é muito mais formal que real, e disso não há dúvida.

Entende-se que o federalismo ofereceu garantias e foi uma resposta ao modelo de Estado liberal ao dividir o poder e, assim, melhor garantir as liberdades individuais, por se desconcentrar, descentralizar e delegar, em maior ou menor grau, poder aos Estados-membros. Mas o certo num federalismo é fazê-lo sempre em maior grau, com a garantia de que os Estados-membros, ao se unirem em torno de um poder central, se tornem mais fortes ao mesmo tempo em que continuem com suas autonomias.

O federalismo difere da Federação. O termo “federalismo” traz em si valores e ideias que visam garantir que a *diferença* possa conviver na *unidade*. A Federação é a forma na qual o federalismo (esse conjunto de valores e concepção de autonomia, liberdade e união) poderá ser exercido. Mais recentemente, o princípio federativo foi objeto de estudo, sendo importante destacar os três subprincípios sistematizados por Cristiano Franco Martins,³² como: a existência de ordens jurídicas autônomas em cada parcela de território denominadas de entes federativos; a intangibilidade federal e proteção institucional; e os princípios da subsidiariedade, simetria e conexão sistêmica. Há ainda o princípio da simetria, que se retrata como uma matriz: os Estados-membros e os municípios devem repetir, em seus documentos organizadores, o modelo traçado para a União. Esse último princípio tem sido destacado pelo STF.

³¹ Machado RH, *op. cit.*, p. 101.

³² *Apud* Torres RL *et al.*, 2011, p. 473.

Estados-membros, autônomos, socioculturalmente diferentes, devem se manter unidos sob um governo central, garantidos por uma rígida estrutura constitucional. Muitas vezes, pode haver Federação sem que o federalismo seja de fato exercido. O mesmo pode ocorrer com o Estado unitário, no qual as práticas federativas sejam de fato exercidas no sentido de garantia de autonomias às suas regiões. Itália e Espanha são bons exemplos de Estados unitários com divisão regional autônomas, onde os valores do federalismo podem de fato ser exercidos ante a franca autonomia que são conferidas às regiões.

O federalismo pode ser cooperativo, quando se assenta em competências comuns que impõem negociações intergovernamentais, também denominado de federalismo assimétrico, em contraponto ao federalismo simétrico. O governo federal e os estados federados devem manter negociação e acordos interfederativos em razão das competências que lhe são comuns e da atividade legislativa, que pode ser concorrente, como é o caso da saúde em nosso país. Desse modo, as políticas que deveriam ser conduzidas exclusivamente por um governo passam a ser feitas de maneira cooperada, gerando interdependências e inter-relações governamentais. Por serem os entes autônomos, as negociações e os consensos devem se pautar pelo voluntarismo, e não por hierarquia governamental.

O conceito clássico de federalismo é o dual, e não o cooperativo, que, de maneira rígida, divide as competências entre os Estados-membros e o Estado federal (a União, o poder central). O federalismo cooperativo tem sido criticado por alguns juristas diante das dependências que pode gerar em relação ao poder central, detentor de mais recursos e maior poder de barganha política. Bonavides³³ tem afirmado que essa forma de federalismo pode ser o seu próprio mal, em razão da deturpação que se dá pelo fato de reforçar o centralismo em nome do poder financeiro do ente central, que sempre subjugará o ente economicamente mais fraco na repartição de recursos federais. A forma simétrica do federalismo é sua forma clássica, sempre centrada na manutenção de rígida distribuição de competência, com poderes enumerados do poder central e poderes reservados aos Estados-membros.

³³ Bonavides P, 2011.

Ainda que Bonavides³⁴ critique a plasticidade das formas do federalismo, a pluralidade das formas federadas é defendida por outros, como Machado,³⁵ que vê ganho nas variadas dimensões do federalismo, em sua dimensão híbrida e mista que se propaga pela América, Ásia, África, pelo fato de a unidade e a diversidade juntas demonstrarem a força do federalismo. Para esse autor, a forma assimétrica do federalismo lhe garante vitalidade, enfatizando, ainda, que o federalismo centrípeto e centrífugo – formas unilaterais do federalismo – foram “*ultrapassados pelo federalismo cooperativo das relações intergovernamentais*”, no qual as formas rígidas de poderes enumerados e reservados deram lugar aos poderes mistos, que permitem a atividade legislativa da União e dos Estados-membros em matéria comum.

Contudo, no Brasil, a atividade legislativa concorrente tem sido esgotada pela União, reservando-se pouca matéria para a atividade legislativa suplementar praticada pelos Estados-membros, consistindo uma forma de desrespeito às competências complementares dos estados.

O federalismo assimétrico requer maturidade política dos governos e das comunidades em razão da necessidade de as relações intergovernamentais, cada vez mais necessárias no mundo de hoje, não serem objeto de barganha política nem moeda de troca de poderes e recursos financeiros. Somente uma sociedade culturalmente madura no campo político exerce de forma harmoniosa e não colidente as assimetrias do federalismo.

Além do mais, o problema que se revela nesse tipo de federalismo é uma mudança no conceito de autonomia e de desenvolvimento individual do ente federado, uma vez que este pode ser *negociado* com o poder central. Havendo harmonia política e interesses suprapartidários, eles podem ser bem negociados, caso contrário haverá um sentido de hierarquia entre os entes em nome do poder político e financeiro. No governo Vargas predominava o conceito de que a União era, entre todos os entes federados, o mais capaz em todos os campos: na

³⁴ Bonavides P, *op. cit.*

³⁵ Machado RH, *op. cit.*, p. 467.

promoção do desenvolvimento, na moralização do serviço público, na edição de leis.³⁶

Repasse de recursos financeiros do ente central, competências delegadas, competências comuns negociadas e distribuição de recursos em regime de cooperação para o desenvolvimento de estado-membro podem gerar apatia naquele que os recebe no que se refere a uma atuação na promoção do desenvolvimento de seu Estado, além da dependência que gera em relação aos recursos financeiros com diminuição do poder do ente recebedor do auxílio. Essa tem sido a crítica de constitucionalista como Bonavides na obra aqui citada.

Nessa forma de Estado, quando dotado de pouca maturidade política, sem dúvida, sempre haverá alguma imposição do ente repassador dos recursos e subordinação do ente recebedor. Isso acaba resultando não em garantia de igualdade de todos os entes perante o poder central, mas gerando desigualdades diante da influência, da persuasão nas negociações e da acomodação que pode gerar, além de promover desigualdades conforme forem as negociações.

Nosso país tem muito desse modelo de federalismo assimétrico, até porque vários dispositivos constitucionais exigem tratamento diferenciado de entes ou regiões, como é o caso da redução das desigualdades regionais, que já exigiria – o que é bom – um agir político em favor da diminuição dessas diferenças. O importante no federalismo são os valores federativos que ele pretende praticar e respeitar, no sentido de respeito às autonomias, às diferenças culturais, à união cooperativa e consensual diante da união pela barganha política de repartição de recursos do ente central para os entes periféricos.

Bonavides³⁷ discorre sobre a dimensão tridimensional do federalismo brasileiro afirmando o *ineditismo e inovação* que o art. 18 da CF conferiu ao município, inserindo-o na organização político-administrativa da República Federativa do Brasil, alterando assim a tradição dual do federalismo brasileiro:

em países de sistema federativo onde a autonomia municipal não chegou ao grau culminante último registrado no Brasil, cuja nova Constituição produziu e institucionalizou um federalismo tridimensional, posto que ainda imperfeito na rudeza

³⁶ Fleury JSF, *op. cit.*, p. 11.

³⁷ Bonavides P, *op. cit.*

de algumas de suas linhas, mas sem paralelo em qualquer outra forma contemporânea de organização do Estado.

Nesse ponto, a introdução do ente municipal como ente federativo, dotado de poderes de autorregulação político-administrativa pela Constituição de 1988 trouxe ao país forte descentralização administrativa, no sentido de transferência de um conjunto de políticas públicas, como saúde, a esses governos. A questão central está na transferência de autoridade na tomada de decisões sobre essas políticas no que se refere às receitas transferidas para cobrir custos. Se se tutela o financiamento haverá um pseudo poder diante da falta de autonomia financeira.

O processo de descentralização ocorrida na Federação brasileira encontra alguns óbices, entre eles e talvez o mais grave para as questões da saúde, é o princípio da isonomia entre os entes federativos. Mesmo que a descentralização encerre mais vantagens que desvantagens, as diferenças entre os entes federativos de cunho econômico, social, demográfico não poderiam ter passado ao largo, devendo *a priori* ter sido afastada a falsa premissa de igualdade entre os membros federativos, que não podem ser tratados de forma igual no tocante às suas responsabilidades em relação aos serviços que lhes competem.

Na saúde, se percebeu isso, dando ensejo ao estabelecimento de *condições de gestão* – da gestão incipiente à gestão plena da saúde – para promover a equidade, que impõe tratamento distinto em situações distintas para se chegar à Justiça. Não há igualdade entre entes desiguais. A igualdade é o resultado do tratamento desigual aos desiguais. Contudo, as condições de gestão criadas pela NOB 01/93 também encerravam suas iniquidades ao reduzir a autonomia do ente federativo à sua condição de gestão, exigindo *habilitação* perante o Ministério da Saúde, como se fosse um cartório de certificação de habilidades e competências e sem inseri-lo igualmente em uma rede de ações e serviços no tocante a seu poder político para chegar-se a equidade.

A rede, no SUS, tem a função de produzir um resultado que permita igualar os desiguais: *a assimetria dos entes gerando simetria nos serviços em rede*. Isso já vinha ocorrendo, na realidade, desde a NOB 01/91. Essa rede não existia (e praticamente ainda não existe) na saúde, e assim o ente federativo ficava reduzido

à sua condição de gestão sem muito espaço para garantir ao cidadão a integralidade da assistência à saúde. A autonomia política deve ser a mesma para todos os entes; as competências no âmbito dos serviços que lhes competem é que devem ser revistas para que sejam adequadas às suas condições socioeconômicas e demográficas, sem com isso ser reduzida suas competências e capacidade de participação integral na rede de atenção à saúde. É na rede que a equidade acontece.

Na área da saúde, assim como em muitas outras políticas públicas, o reconhecimento da desigualdade do ente deve implicar a elaboração de políticas compensatórias que elevem sua capacidade organizacional, seu aprendizado técnico-administrativo e seu desempenho, e não de políticas que o tornem dependente das transferências financeiras nacionais, as quais reduzem seu papel político e o torna refém da política central. O desenvolvimento do ente federativo é essencial para se elevar o país e superar as diferenças regionais, erradicando a pobreza e dando ensejo ao exercício da cidadania independentemente do território de residência, superando assim conceito trazido por Bobbio *de que importante em democracia não é a resposta à pergunta quem vota? e sim onde se vota? por ser relevante os espaços onde se pode exercitar o direito de participação nas sociedades democráticas* (Silveira, 2007).³⁸

1.4 O Estado federativo brasileiro e a descentralização política

A formação da estrutura federativa brasileira teve início com a proclamação da República, em 1891. O decreto 1, de 15 de novembro de 1889, criou os Estados-membros da Federação a partir das províncias.

Em 1891, o art. 1º da Constituição dispôs que:

³⁸ Silveira A, 2007, citando Norberto Bobbio.

*A Nação brasileira, adotando, como forma de governo, a República Federativa, proclamada pelo Decreto nº 1, de 15 de novembro de 1889, constitui-se, por união perpétua e indissolúvel entre as suas antigas províncias, em Estados Unidos do Brasil.*³⁹

Sua inspiração foi o federalismo americano. Ainda que a escolha do modelo de Estado, após a monarquia, fosse o republicano e federativo, tendo em vista uma república que unisse Estados-membros (antigas províncias) em torno de um poder central, o regime autoritário e centralista não descolou do antigo modelo de Império.

Na realidade, um país de grandes dimensões como o Brasil, deveria escolher o federalismo como modelo de Estado, por manter os Estados-membros unidos em torno de um poder central ao mesmo tempo em que os mantinha autônomos em suas estruturas político-jurídicas. Contudo, o desejo de novos ares e nova forma de organização estatal não foi suficiente para impedir que a centralização, até então existente, continuasse no novo modelo. A instabilidade política, os golpes de Estado e muitos outros fatos não permitiram o florescimento de um Estado federal pautado por verdadeiras práticas federativas. Longe disso. Na Constituição de 1891 – antes e após – vicejava no país uma mentalidade atrasada das oligarquias que dominavam o poder. Na realidade, as unidades federativas eram oligarquias estaduais sob a égide de um poder central também oligárquico.⁴⁰

Num país cujo sistema de governo era, até então, imperial, a proclamação da República e a escolha do Estado federal significava, sem dúvida, um grande avanço e atendia aos intensos reclamos sociais e políticos da nação. Isso por si só foi um avanço ímpar. Contudo, não se constrói uma casa nova sem que a velha continue a habitar o mesmo território. Nosso passado colonial, nossas oligarquias, o clientelismo e a corrupção não acabariam da noite para o dia, e isso se fez sentir nos abusos que se seguiram à proclamação da República. Além do mais, a própria Constituição trazia embutida em si resquícios do autoritarismo, tanto que um de seus artigos (art. 90) permitia sua reforma sem a participação dos

³⁹ Fleury JSF, *op. cit.*

⁴⁰ Zimmermann A, 2005, p. 300.

Estados-membros, fato que feria gravemente o pacto federativo já em seu nascedouro.

O fato histórico é que descentralização federativa não foi capaz de suprimir as pesadas práticas unitárias e, não deve se esquecer as insurgências do povo brasileiro que vicejaram durante o Império português e que não foram poucas: apenas para lembrar, farroupilhas, praieiras, confederação do Equador, sabinada, Balaiada, canudos etc., mas sempre sufocadas não permitindo as liberdades ou descentralização reivindicadas. Como na República as classes dominantes do colonialismo e do escravagismo continuavam sob outras nomenclaturas, as negociações políticas tendiam sempre a atender seus interesses, mantendo-se o federalismo como fachada e o centralismo como prática corrente.

Anos se passaram, e tivemos a reforma constitucional de 1929, que também não deu fim a essas práticas. A crise federativa continuou, e vários golpes de Estado e regimes autoritários vicejaram da República de 1891 até a Nova República de Tancredo Neves. A partir dessa data, mesmo com Tancredo Neves não assumindo o poder diante de sua doença e morte, um país em ebulição político-social, clamando nas ruas pelas *Diretas Já*, conseguiu fosse convocada a Assembleia Constituinte que nos legou uma nova Constituição, proclamada em 1988.

A Constituição Cidadã de Ulysses Guimarães trouxe de fato inovações importantes, como a consagração de direitos sociais, garantias individuais e coletivas, dando nova feição à sociedade do ponto de vista formal. A Constituição substantivou muitos direitos e reconheceu diversos direitos fundamentais da pessoa humana.

No tocante à Federação, a Constituição de 88 manteve o Estado federal – a *República federativa*, definida como a associação *indissolúvel* de Estados-membros em torno da União federal, à qual cabe o exercício da soberania. Nossa Federação passou a ser composta por um terceiro elemento, unidades federativas, os municípios, também com poderes para exercício da atividade administrativa e detentora de poder político.

Não obstante, nos novos ares e ventos do federalismo democrático brasileiro foram mantidos poderes à União incompatíveis com uma verdadeira Federação. A repartição dos impostos é um dos pontos cruciais na manutenção de práticas antifederativas, por manter os Estados-membros subordinados tributariamente ao poder central, a União. E o rol de poderes centralizados na União (mais de cinquenta competências) também é incompatível com o Estado federal por lhe reservar inúmeras competências que poderiam ser afetadas aos Estados-membros. Isso levou Silveira⁴¹ a comentar que *os entes federados brasileiros ainda não desenvolveram uma cultura cooperativa; regra geral, vigora entre as unidades governativas um isolacionismo contraproducente e alguma concorrência desleal. E a União por seu turno ainda não ousou avançar com um projeto global de integração periférica.*

Na realidade, sendo o federalismo, em sua acepção filosófica, um conjunto de comportamentos de respeito aos entes federados, de cooperação, e não de cooptação, de responsabilidades pelo todo, ainda que exercida de modo autônomo, de assunção de direitos e responsabilidades dentro de limites que privilegiam os direitos e garantias fundamentais do cidadão, de solidariedade política e social, de respeito e práticas em relação aos verdadeiros valores democráticos, para Bobbio⁴² *“a democracia é um regime em que a maior parte das decisões é tomada por meio de acordo entre os vários grupos, dando vida a uma sociedade eminentemente contratual”*. Esse é o fundamento do federalismo, que deve se assentar em comportamentos recheados de valores verdadeiramente democráticos.

1.4.1 A União na Federação

A Constituição de 1988 reservou à União importantes competências, que revelam quão forte é o centralismo que caracteriza nossa Federação. Um Estado federal pode, muitas vezes, ser mais centralizado que um Estado unitário. Há Estados unitários que adotam verdadeiras práticas federativas, conforme dito acima. E a contrário *sensu* nosso país, sendo uma Federação, reserva à União

⁴¹ Silveira A, 2007.

⁴² Bobbio N, 2002, p. 99.

abundante competência em detrimento dos Estados-membros, como a de legislar sobre matéria civil, penal, tributária, processual, eleitoral, trabalhista, entre outras, reservando ao Estado um rol residual de competências, afora o fato de as competências concorrentes serem sempre objeto de extensa legislação federal, com pouca margem para o Estado exercer sua competência supletiva de legislar para atender às suas especificidades regionais em todos os campos que não estejam reservados à União. A pergunta que se deve fazer é quais campos não estão reservados à União?

A Constituição reserva à União as competências definidas nos artigos 21, 22, 23 e 153, esta última sobre matéria tributária. Algumas dessas competências são comuns com Estados-membros, artigos 23 e 24, fazendo nascer o federalismo cooperativo. As competências legislativas concorrentes estão expressas no artigo 24, e as administrativas comuns no artigo 23. É importante destacar que, além de a Constituição ter reservado inúmeras competências para a União, ela ainda adentra o espaço de competência dos Estados-membros no campo da legislação concorrente. Em diversos setores há evidência da proliferação de extensa normatividade invasora das competências dos Estados-membros, aos quais compete legislar sobre as minúcias, os detalhes, as peculiaridades regionais, sem que reclamem judicialmente na mesma proporção dessas invasões. As normas gerais afetas à União nem sempre têm seus limites respeitados, ultrapassando-os e adentrando no campo reservado ao estado-membro.

A questão tributária é relevante e marca fortemente o centralismo brasileiro. A saúde não escapa a esse modelo centralizador, tendo em vista que a Constituição definiu como diretriz constitucional a descentralização das ações e serviços de saúde, consagrada na repartição de competência que confere aos Estados-membros, aos municípios e à União deveres para com a saúde pública. Contudo, ficou reservado à União grande parte dos recursos que financiam a saúde nacional. A competência foi descentralizada enquanto os recursos não o foram na mesma proporção, conforme vimos anteriormente, detendo a União 45% dos recursos de financiamento do SUS.

A Constituição, em seu art. 30, inciso VII, determina que os municípios devem cuidar da saúde com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados. E o mais relevante é que na saúde as leis 8.080 e 8.142, de 1990,

estabeleceram critérios para esse rateio que, entretanto, não são cumpridos. Ainda que recepcionados pela EC 29, de 2000, enquanto se aguardava a edição da lei complementar 141, de 2012, continuou até os dias de hoje a mesma prática de repasse por critérios definidos em portarias ministeriais que não adotam os critérios legais. Com a lei complementar 141 isso deverá ser alterado. Mas o que releva notar nesse passo é que a cooperação prevista no art. 30, VII é obrigatória por força tanto do art. 198 da CF quanto da sua lei complementar 141⁴³ que impõe a transferência de recursos.

Em nosso país, a autonomia do ente federativo, consagrada no art. 18 da Constituição, contraditoriamente convive com a centralização de um feixe importante de competências na União. Fleury⁴⁴ prega que, para o federalismo ser de fato praticado, deve-se enfrentar os desafios da redefinição do pacto federativo transformando “*a autonomia formal em autonomia real*”. Insiste na questão da necessidade de mudança de

um ideário arraigado, que se traduz na eterna desconfiança em relação a Estados e Municípios. Passa, enfim, por uma transformação cultural no sentido mais amplo da palavra, para que o federalismo seja praticado com responsabilidade, associando-se regras claras e transparentes e punindo-se eventuais desvios de comportamento dos administradores dos bens que são de todos.

No tocante à saúde, conforme já demonstrado, foi conferido aos membros da Federação – União, estado-membro, distrito federal e municípios – competência para cuidar da saúde e para legislar concorrentemente (União, Estados-membros e distrito federal). Entretanto, a manutenção no orçamento da União de recursos a ser transferidos para os demais entes da Federação tem pautado a organização do SUS pelos repasses federais, com graves consequências, conforme se verá ao longo deste trabalho.

⁴³ A lei complementar nº 141 foi editada em janeiro de 2012, após nove anos em tramitação no Congresso Nacional, e não contemplou os recursos que os entes federativos subnacionais defendiam que era o aumento do percentual da União. Alessandra Silveira em sua obra *Cooperação e compromisso constitucional nos estados compostos* (Editora Almedina, Coimbra, p. 136) advoga o mesmo entendimento de que a cooperação no SUS não é uma sugestão, mas sim uma exigência constitucional tendo em vista o disposto no art. 198 da CF, vedando-se aos entes federativos constituir programas ou planos de ação na saúde à parte do SUS, posto que a Constituição cria um sistema de serviço público unificado e fundado na obrigatória conjugação de esforços.

⁴⁴ Fleury JSF, *op. cit.*, p. 11.

A própria Constituição de 88 não conseguiu superar essas práticas, ainda que tenha descentralizado o poder para tentar superar o centralismo, sem contudo mudar a essência das práticas centralistas, arraigadas no poder político central. Araújo⁴⁵ lamenta que o movimento descentralizador brasileiro tenha sido muito mais marcado pela tentativa de transferir encargos e responsabilidades do governo central para os municípios sem o cuidado de corresponder novas responsabilidades com recursos financeiros, desenvolvimento econômico e social municipal. Os municípios não foram levados em conta num processo de fortalecimento, desenvolvimento, modernidades administrativas e práticas políticas republicanas e democráticas, fora do jogo político simplesmente eleitoreiro.

1.4.2 Estado na Federação brasileira

Os estados-membros são entes da Federação com poderes de auto-organização derivados de seu poder constituinte, ou seja, poder para editar sua constituição estadual. É por meio dela que se organizam e fundamentam suas atribuições, com competência legislativa, administrativa e tributária, porém sua autonomia local é limitada pelos princípios federais dispostos na Constituição, que se definem como princípios sensíveis, extensíveis e estabelecidos.⁴⁶

O autogoverno é decorrente do fato de a população do estado ter poderes para escolher seus mandatários, sem nenhum vínculo de subordinação ou tutela por parte da União.

É ainda do estado a competência para dispor sobre determinadas matérias, algumas concorrentes com a União, outras privativas do próprio estado, sendo a saúde competência comum e concorrente, e todas as constituições estaduais dispõem sobre a seguridade social e a saúde como uma de suas três áreas. Na competência concorrente, compete à União expedir normas gerais, e ao estado-membro, a norma complementar. Na saúde, tem sido comum a União, pelo

⁴⁵ Araújo TB, 2006, p. 372.

⁴⁶ Moraes A, 2000, p. 257.

Ministério da Saúde, regular a forma de funcionamento do SUS por meio de portarias, muitas vezes adentrando em campo reservado ao estado, pelo fato de essas regulamentações ultrapassarem o conceito do que seja norma geral (sempre a norma de cunho principiológico, de diretrizes gerais), conforme anteriormente mencionado.

Compete ao estado definir as regiões metropolitanas, as aglomerações urbanas e as microrregiões. Contudo, a regionalização das ações e serviços de saúde foi tratada em portaria pelo Ministério da Saúde, em especial na NOB 01/96 e na NOAS de 2002. Sendo do estado essa competência para definir microrregiões, caberia a ele definir a regionalização da saúde, mediante o respeito a normas específicas e gerais de organização do SUS (leis e decretos), e não no nível de detalhamento de portarias, que escoimaram as possibilidades de atendimento das especificidades regionais pelo próprio estado.

Importante asseverar que as regiões (em geral e não as tão somente da saúde) que não se elevou, ainda, à altura federativa do estado-membro ou do Município, na Federação, e conforme prega Bonavides⁴⁷

se foi possível transformar o Município numa peça do sistema federativo, como o fez a Constituição de 88, é de esperar que, de futuro, a reforma do sistema institucional brasileiro contemple também as Regiões, dando-lhes, quanto antes, a dimensão federativa adequada.

Continuando, acentua o autor que

*uma estreita porta nessa direção se abriu, por obra da Constituinte de 1988, ao promulgar uma Constituição onde as Regiões já aparecem formalmente reconhecidas em termos administrativos pelo texto constitucional, que sobre elas dispõe de maneira ainda tímida e relutante em face da importância política, faticamente assumida, desde muito, em nossa comunhão federativa.(...) Da mesma maneira como se converteu em realidade o chamado ‘poder municipal’, nada obsta a que se produza numa reforma constitucional mais profunda, a quarta instância política da Federação, que seria no caso o ‘poder regional’, provido de autonomia e erigido em eixo político de promoção e defesa de todos os interesses regionais. A nova instância, no mais alto grau de **self government** compatível com a relação federativa, longe de enfraquecer os Estados-*

⁴⁷ Bonavides P, *op. cit.*, p. 359.

membros, representaria o órgão de competência legítima para conduzir e executar a política de provimento das necessidades comuns da Região.

A união regional, conforme pensamento de Bonavides, fortaleceria os Estados-membros tanto quanto se fortalecem os municípios na sua aglutinação num estado-membro. A questão das regiões tem profunda coerência com as exigências do Estado contemporâneo que devem ser autônomos, mas com poder de concentração, aglutinação no sentido de seu fortalecimento.

Em contrapartida, para o presente estudo importa, na realidade, saber a definição de microrregiões para compreender se é possível interpretar que a *região de saúde* poderia se definir como microrregião no sentido do disposto no art. 25, § 3º da CF, que reza ser a *microrregião um conjunto de municípios limítrofes dotados de características homogêneas e problemas comuns, para a qual deverá ser estabelecido um município-sede.*

As regiões de saúde caberiam no conceito de microrregiões conforme disposto na Constituição? A região de saúde deve ter conceito próprio a partir desse conceito mais geral dado pela Constituição?

Seriam de grande importância este estudo e sua conclusão pelo fato de as microrregiões deverem ser objeto de lei complementar e deverem ainda definir um município-sede, que terá o papel de coordenação da microrregião. Esse ponto na saúde é essencial pois vai exigir uma organização pautada em lei complementar estadual. Se por um lado a sua estruturação teria fortes alicerces, o estágio em que se encontra a organização do SUS torna perigoso esse entendimento.

Por isso esse é um tema que não poderá ser esgotado neste trabalho, especialmente pelo fato da exigência de lei complementar para sua definição numa fase em que o SUS ainda não encontrou o espaço que deve ocupar a regionalização em sua organização, uma vez que não há outra forma de organizar o sistema de saúde sem regionalizar sua rede de atenção à saúde. E por regionalização não se pode pensar meramente em unir territórios e serviços em torno de conselhos de gestores. A regionalização pressupõe arranjos complexos, como o da informatização da rede de atenção à saúde, das portas de entrada do sistema, do mínimo de serviços necessários para se conformar uma região de saúde.

Com a edição do decreto 7.508, de 2011, que tratou do tema da região de saúde, já se pode pensar em conformar as regiões de saúde a partir de elementos postos em suas normas, mas, nessa fase de organização do SUS em região de saúde, seria prematuro confirmar ou não se o conceito de microrregião de saúde posto pela Constituição deve ser o da região de saúde e se exigir lei complementar.

É preciso haver mais maturidade em sua operacionalidade para ser possível aprofundar estudos e conceitos e propor de maneira mais definitiva o caminho de sua organização por lei complementar.

1.4.3 Município na Federação brasileira

O município na Federação é uma entidade federativa que integra a organização político-administrativa com plena autonomia, conforme dispõe o art. 18 da CF.

O município, assim como o estado-membro, é dotado de capacidade de auto-organização, normatização própria, autogoverno e administração.

É pela Lei Orgânica Municipal que o município se auto-organiza. Sua competência para legislar está prevista no art. 30, II, da CF, e suas competências comuns estão inseridas no art. 23.

Na área da saúde, o município é dotado de competência para cuidar da saúde com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados e para legislar, de maneira suplementar, sobre a saúde para atender o interesse local. O município observa as normas gerais da União, restando-lhe o poder de suplementá-las ou complementá-las de acordo com o interesse local, além da competência própria de legislar sobre assuntos também de interesse local.

Weichert⁴⁸ destaca que os Municípios *“possuem campo próprio de complementação normativa, no que diz respeito à organização e distribuição dos seus*

⁴⁸ Weichert MA, 2004, p. 211.

próprios serviços, ainda que todos os entes subnacionais reportem diretamente às normas federais”.

PARTE II

O DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO CONSTITUCIONAL

Capítulo II. Aspectos históricos da Reforma Sanitária Brasileira e seus fundamentos

2.1 Antecedentes

O direito à saúde, reconhecido apenas em 1988 com a atual Carta Constitucional, dotou a administração pública, do ponto de vista formal, de um sistema capaz de garantir esse direito, o Sistema Único de Saúde, previsto no art. 198 da CF.

Antes da Constituição de 1988, não havia o reconhecimento de diversos direitos fundamentais, entre eles o da saúde, sendo garantido universalmente apenas no tocante à prevenção, como vacinação, vigilância em saúde e serviços de pronto-socorro públicos. As demais necessidades de saúde da população eram parcialmente garantidas pela assistência social e pelos serviços previdenciários, que somente beneficiavam trabalhadores formais e seus dependentes. No tocante à saúde, a sociedade se segmentava em categoria de pessoas carentes, indigentes, pobres, trabalhadores urbanos e rurais.

Essa situação, que durou até os anos 1980, passou a ser objeto de análise e propostas de mudanças por profissionais, especialistas, professores, pesquisadores nas universidades, em institutos de pesquisas, serviços públicos, entre outros. A partir dos anos 1970 essa luta foi se intensificando e se intitulou *Reforma Sanitária Brasileira*, que até os dias de hoje continua a ser proclamada como um movimento *atemporal* que no seu escopo pretendia mudanças políticas, sociais e éticas na saúde, mas que visa, como se ainda estivesse em curso, ser uma espécie de guardião das reformas *pretendidas*.

Tudo indica que a Reforma Sanitária Brasileira deseja de fato ser um movimento de permanente transformação social no campo da saúde e de suas determinantes e condicionantes. Contudo, *reformular* não é um verbo de permanência, de efeito perene, mas com prazo determinado, uma vez que significa

promover mudanças em alguma coisa que já existe, reconstruindo, modificando, introduzindo algo novo em um prazo determinado, não podendo assim ser atemporal. Não há reforma sem um fim. O que muitas vezes deve se manter em curso é seu *processo de aperfeiçoamento* para que se atinja cada vez mais substantivamente os fins almejados pela reforma. Oliveira⁴⁹, ao tratar da reforma do Estado, diz que:

*Reformar traduz-se em ações que visam precipuamente alterar uma forma existente, a ela conferindo novas linhas. Certamente a finalidade da modificação tende ao aprimoramento do objeto; à sua reconstrução ou restauração. [...] Se **reformar** representa um processo gerador de novas bases, fundamentos e tarefas para o Estado, espera-se que tal processo atinja tal objetivo e esgote-se, o que necessariamente torna a **reforma** [...] um acontecimento datado e não permanente ou incessante. O que deve ter perenidade é o processo [...].*

Acho importante ressaltar isso porque o movimento da reforma sanitária brasileira pretende estar sempre vivo, como se a reforma da saúde pública *nunca tivesse alcançado seus fins*, que era a garantia do direito à saúde de caráter universal e igualitário, com financiamento tripartite, um sistema organizado de forma descentralizada e regionalizada, em rede e com a atenção primária como sua ordenadora. Uma reforma no marco legal da saúde brasileira.

O que deve estar sempre vivo é o *processo, a implantação, a implementação* do que garantiu a reforma sanitária na Constituição de 1988 e na lei 8.080, de 1990. Mas isso já não se trata mais de um ato *de reformar*, porque as profundas transformações no marco institucional-legal da saúde ocorreram em 1988 e 1990. Agora trata-se de cuidar do processo que efetive essas reformas, com a implantação, implementação e plena realização do novo marco da saúde e nos demais campos dos direitos fundamentais. Um movimento guardião da implementação das reformas realizadas no marco legal institucional.

Paim⁵⁰ defende que a reforma sanitária brasileira “*ainda está por se realizar*” por estar compreendida num âmbito maior da reforma geral que se pretendia o movimento sanitário com mudança no modo de vida das pessoas, “*mas que contribuiu para a difusão da consciência do direito à saúde, vinculado à cidadania*”.

⁴⁹ Oliveira GJ, 2010, p. 41.

⁵⁰ Paim JS, 2008, p. 325.

Penso que mais que difundir a consciência do direito à saúde (mais presente na sociedade brasileira na última década) houve de fato *uma reforma: o direito à saúde passou a ser reconhecido pela Constituição. O direito foi substantivado, tendo hoje sede constitucional*. Um direito que adentra o campo do direito subjetivo, oponível ao Estado. A Constituição, de acordo com Piovesan,⁵¹ reconheceu os direitos fundamentais da pessoa humana, colocando-se entre as Constituições “*mais avançadas do mundo no que diz respeito à matéria*” e na nova topografia constitucional, segundo a autora,

reflete a mudança paradigmática da lente ex parte príncipe para a lente ex parte populi. Um direito que transita de um direito inspirado pela ótica do Estado (...) para um direito inspirado pela ótica da cidadania.

A reforma sanitária brasileira – como reforma – alcançou os seus objetivos transformando o marco legal da saúde que se insere dentre os mais avançados por considerar a saúde um direito fundamental, direito público subjetivo, de acesso universal e igualitário e de conceito que conjuga o biológico com o social. O que deve ser permanentemente controlado pela população é a sua efetividade, nem sempre presente; é o direito subjugado pela burocracia. O direito é que deve pautar a Administração Pública estando esta última a seu serviço e não vice-versa.

2.2 O Sistema Nacional de Saúde da lei 6.229, de 1975

A saúde não estava entre os direitos fundamentais reconhecidos e garantidos pela Constituição. Tanto que a Constituição de 1967, como as anteriores, dispunha genericamente sobre a competência privativa da União para estabelecer e executar planos nacionais de educação e saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento e legislar sobre normas gerais de defesa e proteção

⁵¹ Piovesan F, 2011, p.77; 85.

da saúde (art. 8º, XIV e XVII), devendo o cidadão pagar para usufruir de tais serviços.

A garantia que se tinha, nascida no âmbito dos direitos dos trabalhadores, era o benefício da assistência médica e hospitalar, integrante do conjunto de benefícios da Previdência e Assistência Social. A previdência pública – um pacto entre Estado, empregados e empregador – contava com uma carteira de benefícios, entre eles, e o de maior reivindicação, a aposentadoria. Nessa carteira de serviços, havia a assistência médica e hospitalar também muito reivindicada. O sistema de saúde, denominado Sistema Nacional de Saúde, conforme previsto na lei 6.229, de 1975, estava definido como:

O complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde nos seguintes campos [...].

Ainda que o Sistema Nacional de Saúde houvesse estatuído que o complexo de serviços dos setores público e privado constituía um *sistema*, este não era um *sistema* de fato por lhe faltar organicidade, princípios ou diretrizes que os unissem. A lei apenas concedeu uma denominação a todas as ações e serviços de saúde já existentes. Tratava-se na realidade da simples aglutinação formal (não real) das ações e dos serviços de saúde *públicos e privados*, uma vez que a lei unia ambos os serviços, públicos e privados no Sistema Nacional de Saúde, como veremos mais adiante.⁵²

É relevante notar que cuidar da saúde era competência privativa da União e era distribuída em cinco setores distintos e que não se comunicavam entre si: a) Ministério da Saúde, ao qual competia formular a política nacional de saúde e executar atendimentos de interesse coletivo; b) Ministério da Previdência e Assistência Social, com a função de cuidar do atendimento médico-assistencial individualizado do trabalhador formal, credenciar entidades sem fins lucrativos para integrar o subsistema público e contratar serviços de terceiros e entidades lucrativas; c) Ministério da Educação e Cultura, ao qual competia promover a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, técnico e auxiliar

⁵² Santos L, 1994.

necessários ao setor saúde e manter os hospitais universitários; d) Ministério do Interior, incumbido de atuar nas áreas de saneamento, situações de calamidade pública e orientar a política habitacional; e) Ministério do Trabalho, ao qual cabia cuidar da higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes e doenças profissionais.

Nota-se, pois, que até mesmo no âmbito público o sistema era fracionado, uma vez que um setor público federal não dialogava com outro que também tinha o dever de cuidar da saúde. Cada um agia isoladamente, de forma segmentada, sem que a saúde tivesse uma unicidade, uma unidade federal.

Para coibir esse fracionamento, surgiu o conceito, adotado na Constituição de 1988 e na lei 8.080, de 1990, de *direção única em cada esfera de governo* como medida legislativa de garantia que apenas *um setor público*, em cada esfera de governo, as secretarias da saúde estaduais e municipais e o Ministério da Saúde, seriam responsáveis por todas as ações e serviços públicos da área em sua esfera administrativa, evitando-se assim o fracionamento dos serviços de saúde no âmbito de cada governo (art. 198 da CF e art. 9º da lei 8.080, de 1990).

Em 1977, a lei 6.439 criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sob orientação, controle e coordenação do Ministério da Previdência e Assistência Social, com a finalidade de integrar funções de diversas entidades com atuação na área do seguro social. Entre elas, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ao INAMPS competia prestar serviços de assistência médica aos trabalhadores urbanos e seus dependentes, aos servidores da União e Distrito Federal e seus dependentes e aos trabalhadores rurais. Ainda que a lei tivesse disposto sobre a integração do INAMPS ao Sistema Nacional de Saúde, na realidade, tratava-se de dois sistemas autônomos, que não se conversavam, não se integravam. Não havia um coordenador da política nacional de saúde, uma vez que não havia uma política nacional de saúde que integrasse todos os serviços dos diversos setores da administração pública federal.

O SUS pôs termo ao Sistema Nacional de Saúde, cuja lei foi expressamente revogada em 1990 pela lei 8.080, não mais se admitindo dizer,

conforme tem ocorrido com frequência (Paim; Carvalho),⁵³ haver um sistema nacional de saúde com dois subsistemas, o subsistema público, o SUS, e o subsistema privado, integrante dos planos e seguro-saúde e dos serviços do setor privado.

Em relação aos planos e o seguro-saúde, ainda que sob a égide de uma lei nacional que os regulamente, a lei não teve o condão de construir um *sistema* privado de saúde. Tão somente regulamenta os contratos de seguro e os de pré-pagamento de serviços (os planos de saúde) com a finalidade de proteger seu consumidor, conforme outras regulações do setor privado, como o dos próprios seguros em geral, regulados e fiscalizados pela Superintendência dos Seguros Privados (Susep), autarquia que também regulou, até o advento da lei 9.656, de 1998, o seguro-saúde e os contratos de pré-pagamento de serviços de saúde.⁵⁴

Sistema implica a ideia de um todo orgânico, onde seus vários elementos constitutivos se organizam e atuam de maneira harmônica para a realização de um fim único.⁵⁵ Nem mesmo os planos de saúde atuam de maneira interligada e harmônica, apenas respeitam, em sua organização individual, os regramentos impostos pela lei, assim como ocorre com muitos outros setores que não podem se organizar sem pautar-se por imposições legais. Até a portabilidade dos planos de saúde (possibilidade de transferência de um plano de saúde para outro sem perda das carências) tem sido de difícil regulação.

Aliás, o próprio Sistema Nacional de Saúde nunca foi um sistema na acepção jurídica da palavra, tendo sido na realidade um aglutinado de ações e serviços de saúde executados de forma isolada, desintegrada, por diversos ministérios. Muito menos o setor privado agia como um sistema, longe disso. Ainda que a lei determinasse ao Ministério da Saúde a formulação da política

⁵³ Tem sido comum também em palestras a afirmação de que o sistema de saúde brasileiro se subdivide em dois subsistemas: o público e o privado, o que significaria a existência de um sistema nacional. Gilson Carvalho, sanitarista nacionalmente reconhecido, também comunga do entendimento de que continua a existir no país um sistema nacional de saúde com dois subsistemas, conforme palestras e apresentações públicas tanto quanto Jairnilson Paim, 2011; Gilson Carvalho em palestras e publicações com as *Domingueiras da Saúde*, acessíveis no site <www.idisa.org.br>.

⁵⁴ Em 1993 alertei as autoridades do SUS para a questão do reembolso ao SUS de despesas com o atendimento dos beneficiários das então denominadas *medicina de grupo e o seguro-saúde*. Preparei estudos, e o então deputado estadual (SP) Arlindo Chinaglia, apresentou projeto de lei que foi promulgado no Estado de São Paulo: lei estadual 9.058, de 29 de dezembro de 1994, regulamentada pelo decreto estadual 40.564, de 20 de dezembro de 1995, que tinha como objeto o ressarcimento ao SUS pelas medicinas de grupo e seguro-saúde quando seus beneficiários fossem atendidos nos serviços do SUS.

⁵⁵ Enciclopédia Saraiva do Direito, 1985.

nacional de saúde, isso nunca aconteceu no mundo fático. O Ministério da Saúde nunca conseguiu ser o coordenador do Sistema Nacional de Saúde, uma vez que sua importância no cenário político nacional era menor que a do Ministério da Previdência e Assistência Social, que detinha várias autarquias, entre elas o INAMPS. O Ministério da Saúde nunca conseguiu, sob a égide da lei 6.229, ser o coordenador de um sistema nacional que nunca existiu na prática. Nem mesmo no âmbito federal pode ser um coordenador. Seria absurdo nivelar o SUS que é um sistema ao setor privado se se admitir a existência de dois subsistemas. Além do mais ao setor privado é só permitido atuar na *assistência à saúde* e não na *saúde em sua abrangência constitucional e legal*. A saúde pública compreende políticas públicas mais amplas que a assistência à saúde que é uma delas dentre as demais.

2.3 Os programas da Reforma Sanitária dos anos 70/80

Ainda sob a égide da Constituição de 1967 e do Sistema Nacional de Saúde de 1975, foram colocados em práticas, entre outros, dois programas nacionais com vistas a ampliar o direito do cidadão à saúde e a descentralizar da União para os estados e municípios a execução de ações e serviços de saúde e unir seus recursos.

Mas antes de passar a discorrer sobre esses dois programas, uma pequena digressão aos movimentos e outros programas públicos são necessários para melhor situar os anseios sociais no tocante às novas formas de atuar na saúde.

Os anos 70 foram marcados pela organização, em alguns municípios de médio porte, da atenção primária em saúde, tendo ocorrido uma série de encontros municipais de saúde, Movimento Municipalista de Saúde, com a organização de centros de saúde-escola, conforme ocorreu em Paulínia, no estado de São Paulo, com a Unicamp atuando nesse programa.

Foi ainda instituído pelo Executivo federal o Programa de Interiorização de Ação de Saúde e Saneamento (PIASS), a Comissão Permanente de Consulta (CPC) e a Comissão Interinstitucional de Planejamento em Saúde (CIPLAN), com a integração dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, Saúde e Planejamento no tocante à discussão das questões da saúde.⁵⁶

Ainda em 1977 e 1979, ocorreram as 6ª e 7ª Conferências Nacionais de Saúde, tendo em 1979 sido realizado o 1º Simpósio de Políticas Nacionais de Saúde, na Câmara dos Deputados. No ano de 1982 foi criado o Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS).

No início dos anos 80 aconteceram o 2º Simpósio de Políticas Nacionais de Saúde (1982), também na Câmara dos Deputados. Era o resultado, de um lado, da insatisfação da população, e de outro, a articulação entre especialistas, profissionais de saúde e o próprio governo no sentido de que a saúde haveria de encontrar novas formas de ser implementada.

Nessa década foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, começaram a surgir os conselhos de secretários municipais de saúde nos Estados, os denominados COSEMS, com a criação no final dos anos 80 do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Vê-se, assim, que muitos programas foram implementados a partir dos anos 70, devendo ser destacado, pela sua ousadia, o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), conforme veremos a seguir, que, mediante convênio entre a União e o Estado, universalizou o acesso aos serviços de saúde prestados pelo INAMPS, que passou a ser coordenado, nos Estados-membros, por suas secretarias de saúde. Ainda que na prática esse acesso universal não tenha sido uma realidade, tanto pelo fato de essa informação não ter atingido o cidadão como também pelos próprios servidores do INAMPS, que não conheciam essa abertura ou, quando a conheciam, a ela resistiam bravamente.

Em 1981, surgiu o Programa Ações Integradas de Saúde (AIS), decorrente do movimento municipalista da saúde, que permaneceu até o início do

⁵⁶ Dados históricos obtidos em documento de aula proferida por Nelson Rodrigues dos Santos no curso de especialização de Direito Sanitário IDISA-Unicamp, 2011, em Campinas, SP.

Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), decreto federal 94.657, de 1987. O Programa SUDS visava colocar em prática os ideais da Reforma Sanitária, em curso no país já havia alguns anos. A exposição de motivos que acompanhou o referido decreto propugnava pela reformulação do Sistema Nacional de Saúde mediante a instituição de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que reconhecesse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com organização descentralizada, integrada e democratizada.

O SUDS era, na prática, o início das ideias propugnadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que defendia: unificação das ações e serviços de saúde dispersos em vários ministérios e desarticulados entre si; organização administrativa descentralizada e integrada; direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde, que estava por vir em 1988, trouxe, em relação ao Sistema Nacional de Saúde, profundas mudanças na área, sendo importante destacar:

- a) *a saúde como direito social, individual, sendo caracterizado como um direito público subjetivo;*
- b) *competência constitucional (poder-dever) de todos os entes da Federação para cuidar da saúde;*
- c) *saúde definida constitucional e legalmente como resultante de políticas sociais e econômicas que evitassem o agravo ou o risco à saúde;*
- d) *assistência integral, ações curativas, preventivas e de promoção executadas de forma integrada por todos os entes da Federação;*
- e) *gestão participativa mediante a instalação de conselhos de saúde nas secretarias de saúde no país;*
- f) *caixa único para os recursos da saúde, mediante a instituição de fundos de saúde;*
- g) *competência explícita para o Poder Público normatizar, fiscalizar e controlar os serviços privados de saúde.*

O SUDS abriu caminho para que o SUS, tão inovador, pudesse ser consagrado na Carta Constitucional de 1988. Pouco se fala do Programa SUDS na

Reforma Sanitária. Ele foi extremamente importante para que o SUS pudesse se consagrar na Carta Constitucional, tendo sido altamente inovador por, mediante convênio, ter universalizado o atendimento oferecido ao cidadão pelo INAMPS. Sem lei e sem constituição, o acesso aos serviços federais foi aberto ao cidadão. Esse avanço ímpar por um convênio não tem sido valorizado historicamente. Mas deveria, por ter colocado em prática um dos principais ideais da Reforma: a garantia do direito à saúde da população. Muitos profissionais de saúde se dedicaram a tornar realidade o convênio SUDS e nem sempre são reconhecidos no cenário nacional da saúde pública.⁵⁷

Seu sucesso, a partir do estado de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, no final do anos 80, que concebeu o convênio e estruturou juridicamente o programa SUDS, permitiu que a municipalização acontecesse. Na Secretaria de Saúde do estado de São Paulo foi criada uma modalidade jurídica de *termo de adesão* ao convênio SUDS, seguida pelos demais estados brasileiros, que permitiram trazer os municípios para dentro do convênio SUDS. Os municípios interessados em receber, por delegação estadual e federal, serviços estaduais e federais (esse último do INAMPS, sob administração estadual por força do convênio), deveriam firmar o referido termo e integrar-se ao convênio-mãe, passando a realizar a gestão dos serviços de saúde estaduais situados no território municipal, exceto aqueles considerados de referência regional, que continuaram com o Estado.

O termo de adesão ao convênio SUDS, firmado por grande parte dos municípios em São Paulo, deu início ao verdadeiro processo de municipalização da saúde, com transferência de unidades de saúde, bens, pessoal e competências estaduais, que foram delegados aos secretários municipais da saúde.

Esse intenso movimento que aconteceu na Secretaria de Estado da Saúde em São Paulo foi decisivo para que o movimento municipalista que vinha atuando na saúde desde os anos 70 (Programa AIS) apoiasse a Constituinte, que

⁵⁷ José Aristodemo Pinotti, secretário da saúde do estado de São Paulo nos anos 1987-1990, foi um dos atores para que o convênio SUDS fosse assinado em São Paulo, em 1987, e teve atuação política e executiva de suma importância para que se transformasse numa realidade no Estado. Outro importante ator foi Guido Ivan de Carvalho, seu consultor jurídico, que cuidou de todo o fundamento jurídico do convênio SUDS e de seu futuro decreto. Documentos históricos dessa época e artigos publicados estão arquivados no IDISA: Instituto de Direito Sanitário Aplicado. <www.idisa.org.br>.

estava instalada no Congresso Nacional e votou, em 1988, a nova Constituição, que garantia, dentre seus direitos sociais, o direito à saúde.

A municipalização paulista também foi importante para garantir, em 1990, a votação da lei 8.080. E, a partir dessa lei, o SUS passou de fato a ser uma realidade no país.

A saúde nas constituições anteriores a de 1988 foram assim tratadas:

Constituição de 1934

Art. 10. Compete concorrentemente à União e aos Estados:

II – Cuidar da saúde e assistência pública.

Constituição de 1937

Art. 16. Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:

XXVII – normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança.

Constituição 1946

Art. 5º. Compete à União:

XV – legislar sobre:

b) normas gerais de [...] defesa e proteção da saúde; e de regime previdenciário.

Constituição de 1967

Art. 8º. Compete à União:

XIV – estabelecer planos nacionais de educação e saúde;

XVII – legislar sobre:

c) normas de [...] defesa e proteção da saúde;

§ 2º. A competência da União não exclui a dos Estados para legislar supletivamente sobre as matérias das letras [...] “c” do item XVII, respeitada a lei federal.

Art. 158. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.

Constituição de 1969 (EC 1/69)

Art. 8º. Compete à União:

XIV – estabelecer e executar planos nacionais de educação e saúde [...];

XVII – legislar sobre:

c) normas gerais [...] de defesa e proteção da saúde;

Art. 165. A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria de sua condição social:

XV – assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva.

Capítulo III. A conquista do direito à saúde

3.1 A saúde na Constituição de 1988

Em 1988, a Carta Constitucional consagrou o direito à saúde como uma obrigação do Estado e um direito do cidadão. Aliás a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem propugnando, há anos, a adoção pelos países soberanos de sistemas universais de saúde, como os dos Estados de Bem Estar Social⁵⁸ (Inglaterra, França, Itália, Espanha, Noruega etc.). Desde a Segunda Guerra Mundial, os direitos humanos ganharam relevância, se desenvolveram e passaram a ser o palco do combate à discriminação e ao desrespeito à dignidade humana, consagrando-se os direitos das minorias, frequentemente violados. O direito à saúde se insere no âmbito dos direitos humanos, denominados por Bobbio⁵⁹ como direitos de segunda geração.

Como foi citado aqui, Piovesan,⁶⁰ afirma que as constituições brasileiras anteriores traziam o Estado como seu primeiro ponto, depois disciplinava os direitos e que a “*nova topografia constitucional inaugurada pela Carta de 1988 reflete a mudança paradigmática*” de um direito que transita do Estado para o cidadão e que assume

como ponto de partida a gramática dos direitos, que condiciona o constitucionalismo por ela invocado. Assim, sob a perspectiva dos direitos que se afirma o Estado e não sob a perspectiva do Estado que se afirmam os direitos.

Nessa era dos direitos (no Brasil, a partir de 1988), onde prevalecem os direitos humanos sobre o Estado – princípio que rege o Brasil no cenário internacional de garantia dos direitos humanos –, nasce o direito à saúde, previsto

⁵⁸ *Welfare State* surgiu no âmbito do estado capitalista e se expressa por pesos e contrapesos em razão das transformações das relações entre Estado, economia, sociedade no sentido de proteção social do cidadão, que passa a ver como parte integrante do capitalismo essa nova ordem de proteção. É nesse movimento que o Estado de Bem Estar Social se consolida por entender que a proteção pública é um direito de cidadania, *uma forma de intervenção do Estado com pretensão de corrigir desigualdades criadas pelo mercado*. (Mauriel APO, 2006, p.531.)

⁵⁹ Bobbio N, 1992.

⁶⁰ Piovesan, *op. cit.*, p. 85.

no art. 6º, entre os direitos sociais, disciplinado mais detalhadamente no âmbito da seguridade social, art. 194 e seguintes, composta por três áreas: saúde, previdência e assistência social.

Interessante destacar que a garantia do direito à saúde no país, o quanto foi tardia ganhou em generosidade. Não se garantiu apenas o direito à assistência à saúde, como ocorre com diversas constituições de outros países, como na da Itália.⁶¹ Nem se preferiu os pobres em sua proteção. Garantiu-se saúde a todo cidadão, de forma universal e igualitária.⁶²

Mas não foi só isso. No conceito de saúde incorporaram fatores sociais e econômicos que interferem na saúde do indivíduo, não sendo a saúde resultado de serviços curativos e preventivos, mas decorrente de qualidade de vida. Com a saúde sendo compreendida como resultado das condições de vida da população, deixou-se de lado sua concepção como biogenética, passando-se para a ideia de que a saúde de uma sociedade é reflexo de suas condições econômicas, sociais e culturais, um conceito político-social, biogenético e cultural. As determinantes da saúde passam a ser: genética, biologia, estilo de vida, ambiente físico, ambiente econômico-social e suficiência das ações e serviços de saúde.

Em relação à qualidade de vida, o conceito da OMS⁶³ – *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de cultura e sistema de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* – confere um parâmetro importante. Nesse contexto, não se pode deixar de analisar o pensamento de Sen⁶⁴ sobre bem-estar:

(...) pois o grau de felicidade reflete o que uma pessoa pode esperar e como o ‘trato’ social se afigura em comparação com essa expectativa. Uma pessoa que teve uma vida de infortúnios, com pouquíssimas oportunidades e quase sem esperança, pode conformar-se mais facilmente com as privações do que outras criadas em circunstâncias

⁶¹ Constituição Italiana: “Art. 32. La República protegerá la salud como derecho fundamental del individuo e interés básico de la colectividad y garantizará asistencia gratuita a los indigentes”. Disponível em: <<http://www.comune.fi.it/costituzione/spagnolo.pdf>>.

⁶² Por igualdade, entende-se o princípio de isonomia, de acordo com o qual todos são iguais perante a lei. Em um país de profunda desigualdade, não seria o caso de se preferir o princípio da equidade ao da isonomia? Não há na Constituição nem na lei 8.080 nenhuma referência à equidade. E ela seria de fundamental importância num sistema de saúde que permite o convívio do sistema privado (a saúde é livre à iniciativa privada) com o público e onde se proliferam os planos de saúde, havendo até mesmo uma agência para regulá-los (Agência Nacional de Saúde – ANS).

⁶³ Fonte: <www.who.int/en/>. OMS – Organização Mundial da Saúde.

⁶⁴ Sen A, 2008 *apud* Santos L, 2010. Sen, 2008, p. 61.

mais afortunadas e abastadas. A métrica da felicidade pode, portanto, distorcer o grau de privação, de um modo específico e tendencioso

destacando, ainda, “*que as liberdades substantivas – as capacidades – de escolher uma vida que se tem razão para valorizar*” são mais importantes que as utilidades, em razão das diferenças culturais e sociais que poderão exigir diferente acesso a bens para possibilitar a integração comunitária. Por isso ele defende que o enfoque “*tem que incidir sobre as liberdades geradas pelos bens, e não sobre os bens em si mesmos*”.

Esse avanço conceitual passa a responsabilizar todos, sociedade, empresa, cidadão e governo sobre o bem-estar social da coletividade e dos indivíduos, fato essencial para conformar o direito à saúde. Todos devem agir para evitar agravos à saúde pessoal e coletiva. Um direito reconhecido muito tardiamente, mas recheado de generosidade, por ter a pretensão de, entre outras, garantir saúde gratuita e igualitária a toda população, hoje 191⁶⁵ milhões de pessoas.

É interessante ressaltar que em 1988, quando a Constituição garantiu ao cidadão brasileiro uma série de direitos sociais, iniciava-se na Europa a discussão da retração do Estado de Bem-Estar Social, em especial na Inglaterra da primeira-ministra Margaret Thatcher, que promoveu uma série de reformas administrativas para diminuir os benefícios públicos, tendo a saúde sofrido mudanças operativas e administrativas, sem contudo esse direito ter sido mitigado, continuando a ser um valor da sociedade inglesa.

O direito à saúde ultrapassa os limites de atuação do SUS, perpassando toda a sociedade e as políticas públicas, que devem ser concebidas de modo a evitar agravos à saúde, conforme dispõe (parcialmente) o art. 196: “*saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem o risco de doenças e outros agravos (...)*”.

O SUS – disposto no art. 198 e tendo as suas atribuições definidas no art. 200 – deve cumprir a segunda parte do art. 196, que estabelece que “*saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*”. A dicção do art. 196, em sua

⁶⁵ Ver Santos L. A saúde que queremos é a saúde que podemos? Brasília: Revista do Conasems, setembro/2011.

primeira parte, não impõe deveres específicos ao SUS no tocante às condicionantes e determinantes da saúde, e sim ao Estado e à sociedade em geral (cidadãos, empresas e tudo mais), que deve cuidar da proteção da saúde, evitando que esta possa sofrer algum dano ou agravo.

O § 1º do art. 2º da lei 8.080, de 1990, dispõe que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Além disso, a Constituição considerou a saúde como um serviço de relevância pública, impondo ao Poder Público o dever de regular, fiscalizar e controlar suas ações e serviços, públicos ou privados, no sentido de proteger a coletividade e o indivíduo (art. 197).

Vale registrar este dado histórico: no governo Rodrigues Alves, quando os assuntos de saúde estavam na área de competência do Ministério da Justiça, sob os cuidados da Diretoria Geral de Saúde Pública, o decreto 1.151, de 05 de janeiro de 1904, ao dispor sobre a reorganização dos serviços de higiene administrativa da União, instituiu no Distrito Federal o *juízo dos feitos da saúde pública* (art. 1º, § 10), composto por um juiz, um procurador, um subprocurador, um escrivão e oficiais de justiça sanitária, atribuindo a esse juízo competência para conhecer todas as ações e processos civis e criminais e matéria de higiene e salubridade pública, concernentes à execução das leis e regulamentos sanitários atinentes à observância e efetividade dos mandados e ordens das autoridades sanitárias ou relativos aos seus atos de ofício. A relevância pública das ações e serviços de saúde é levada em conta desde aquela época, tanto que as autoridades judiciárias concedem interditos possessórios contra atos da autoridade sanitária exercidos *ratione imperii*.

Nos momentos muitas vezes solitários de tomada de decisão, o dirigente ou autoridade do SUS deve ter em mente que a Carta Magna qualificou como sendo de *relevância pública* as ações e os serviços de saúde, atribuindo ao Ministério Público a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos subjetivos e aos direitos sociais previstos na Constituição.

Mas o que é *relevância pública*, sobretudo se se considerar que outros serviços do Estado para a sociedade, como a educação, também são relevantes? Ao qualificar serviços e ações de saúde como de relevância pública, não pretendeu o legislador constituinte dizer que os demais direitos humanos e sociais não têm relevância, mas talvez quis enunciar a saúde como um estado de bem-estar prioritário, fora do qual o indivíduo não tem condições de gozar de outras oportunidades proporcionadas pelo Estado, como a educação, antecipando-se assim à qualificação de *relevância* que a legislação infraconstitucional deverá outorgar a outros serviços, públicos e privados, para efeito do disposto no artigo 129, II, da Constituição.

É importante ressaltar ainda o teor desse artigo, que tem gerado conflitos interpretativos no tocante a alguns de seus pontos, em especial quanto a compreensão de sua abrangência no tocante à iniciativa privada e ao Poder Público.

A Constituição concedeu à iniciativa privada a liberdade de atuar na saúde, econômica ou filantropicamente, e estabeleceu algumas vedações, como a comercialização de sangue, de partes do corpo humano para transplante, que ficou sob encargo do Poder Público, a concessão de subvenção e auxílios para pessoas jurídicas lucrativas e o investimento de capital estrangeiro na saúde (art. 199).

Em contrapartida, permitiu que o SUS pudesse ser complementado por serviços privados, lucrativos e não lucrativos, sempre que os serviços de saúde públicos fossem insuficientes, para garantir a cobertura de determinada população (art.199, § 1º).

Desse modo, o art. 197 da CF trata das ações e serviços públicos e dos serviços privados, submetendo todos eles ao conceito de relevância pública e à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público. O mesmo artigo ainda menciona que essas ações e serviços – os públicos e os privados – devem ser executados de forma direta (o próprio poder público prestando-os), ou por meio de terceiros (a participação complementar do setor privado na saúde), e também por pessoa física ou jurídica de direito privado (a iniciativa privada que tem liberdade para atuar na saúde privada).

Quanto ao Poder Público, suas atribuições no âmbito do SUS estão previstas no art. 200 da CF, podendo a lei definir outras que venham a ser necessárias. Desse modo, o SUS não atua em todos os campos da saúde, mas tão somente naqueles definidos como sua atribuição pela Constituição ou pela lei. Ressaltamos que o sistema de saúde criado pela Constituição, para garantir o direito à saúde no tocante ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, tem seu campo de atribuição limitado aos serviços elencados no art. 200 da CF e, infraconstitucionalmente, nos artigos 5º e 6º da lei 8.080, de 1990, e em outras leis específicas.

Em síntese, a saúde se insere na Constituição a partir da Seguridade Social (saúde, previdência social e assistência social, artigos 193 a 2003). Os artigos 196 a 200 cuidam da saúde, sendo o art. 198 responsável por traçar seu formato organizativo. Toda a sua estrutura organizacional, modelo de atenção à saúde e financiamento estão ali previstos.

3.2 Os entes federativos e sua inserção no SUS

A União, o estado e o município se inserem no SUS de acordo com as competências que a lei 8.080, de 1990, lhes reserva, a partir do comando principal constitucional que lhes conferiu competência para cuidar da saúde. Essas competências estão dispostas na Constituição, nos arts. 23, 24 e 30, que conferem competência material e legislativa aos entes federativos, conforme já visto neste trabalho, impondo a EC 29, que alterou o art. 198, deveres à União e ao estado no tocante à aplicação de recursos financeiros na saúde, tanto quanto às transferências interfederativas de recursos para a saúde pública, tornando claro os liames entre os entes federativos na organização, no funcionamento e no financiamento do SUS, reforçando as interdependências, as inter-relações, a tomada de decisões em comum e o estabelecimento de responsabilidades recíprocas.

Coube à lei 8.080 definir de maneira mais afinada as competências de cada ente no cuidado da saúde, nos termos dos artigos. 15 a 19. O art. 15 definiu as

competências comuns dos entes federativos, e os artigos consequentes, as competências específicas de cada um.

Nesse campo da distribuição de competência, não tem sido possível delimitar de fato as responsabilidades dos entes em relação ao SUS, em especial as dos municípios, 5.565, por conta de seus mais variados portes socioeconômico, populacional, cultural, uma vez que não caberia conferir a todos eles as mesmas atribuições em razão de suas diferenças, conforme explicitado aqui. Não há como dizer que a todos compete *executar ações e serviços de saúde* no sentido de terem – todos – os mesmos conteúdos: da vacina ao transplante cardíaco.

Quais ações e serviços de saúde, diante de uma relação infinda de atividades que envolvem dos serviços mais complexos aos mais simples? Sabemos da variação do porte populacional (escala) e do desenvolvimento econômico do ente municipal, o que demanda inter-relação e acaba gerando um sistema complexo de interações, dependências e solidariedade interfederativas como elemento compensatório das desigualdades regionais – que devem ser combatidas, devendo o princípio da equidade ser adotado como a única forma de se chegar à justiça. A questão central deste trabalho é exatamente tentar equacionar o tema das responsabilidades dos entes federativos na organização e funcionamento do SUS sem que percam sua autonomia federativa e vejam respeitadas as suas diferenças socioeconômicas.

3.3 A União no SUS

Primeiramente caberia discorrer sobre o papel da União como direção nacional do SUS. Qual o conteúdo dessa expressão? O que significa *direção nacional*? A expressão não pode ser destituída de conteúdo e tem a ver com a forma de Estado Federativo na qual as unidades federativas se ligam por meio de um poder central, que é a União.

Nessa linha de raciocínio, o papel de direção nacional do Ministério da Saúde tem a ver com a manutenção do sentido de unidade do sistema de saúde, que deve ser conduzido pelo ente central; tem ainda a ver com o papel da União em promover a equidade social, equalizando políticas para erradicar as diferenças regionais em todos os campos sociais e econômicos.

Não entendo que a União, constitucionalmente está legitimada, em seu papel de direção nacional, de retirar “*dos entes subnacionais parcela de sua autonomia política*”, conforme tem defendido Weichert.⁶⁶ Venho defendendo que o SUS, para não mitigar as autonomias federativas, deve combinar arranjos político-administrativos que permitam manter autonomia *versus* interdependência de modo a não haver submissão de um ente federativo em relação ao outro.

Nesse sentido, caberia à lei 8.080, de 1990, definir melhor o campo de atuação de cada esfera do governo. Contudo, com o passar do tempo e conhecendo melhor o SUS em sua prática federativa, fica clara a impossibilidade de essa definição ser completa, cabendo esse papel aos próprios entes, mediante os arranjos que serão mencionados neste trabalho. Não caberia à lei, diante de sua rigidez e formalismo, o papel de definir o que cada ente federativo deve responder na rede regionalizada de saúde.

Nessa linha de entendimento, de que todos os entes federativos são dependentes uns dos outros na saúde, seja quanto à execução de serviços ou quanto à transferência de recursos, e para não se defender um sistema centralizado – que seria um retrocesso em todos os sentidos –, há que se harmonizar a forma de atuação do SUS para garantir a unicidade conceitual, a descentralização de atuações que devem estar unidas por meio de consensos interfederativos.

É nessa linha de entendimento que se deve analisar as competências conferidas a cada ente pela lei 8.080. O papel do intérprete é essencial, e ele deve se cercar de elementos técnico-jurídicos que lhe deem segurança jurídica na correta aplicação da norma legal.

Nesses termos, ao analisar as atribuições da União, deve-se interpretar o disposto no art. 16 da lei 8.080, de 1990, como direção nacional do SUS. E, pelo

⁶⁶ Weichert MA, *op. cit.*, pp. 209-210.

que se depreende da leitura da lei, vê-se que quase todas as atribuições se referem a um vasto papel de formulação, participação e avaliação de políticas: as da saúde e as que têm forte ligação com ela, como é o caso da alimentação, nutrição, agressão ao meio ambiente, saneamento, condições de trabalho, fatores que condicionam a saúde da pessoa humana. Ainda nessa linha, o art. 16 impõe relevante papel de coordenação à União no tocante aos subsistemas de redes de alta complexidade: laboratórios de saúde pública e vigilância em saúde, com ênfase em regular, definir critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.

Outro papel reservado à União, essencial para o SUS, é o de promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde, atividades essenciais ao sistema de saúde.

Também não escapou ao legislador os aspectos industrial-econômicos da saúde, atividade geradora de riquezas e desenvolvimento industrial, cabendo assim à direção nacional do SUS formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.

Sendo o sistema de saúde um sistema de referências, competindo desse modo a alguns entes e serviços serem considerados como referência regional, estadual e até nacional, somente a direção nacional do SUS poderia identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde. Sendo ainda o SUS um sistema que permite a inclusão do setor privado de forma complementar e cabendo à União editar normas gerais sobre saúde, caberia à sua direção nacional elaborar normas gerais para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde.

No âmbito do SUS, vários subsistemas convivem, como o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, o de transplantes, cabendo assim sua coordenação à sua direção nacional.

No tocante ao acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, está a de organizar o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o distrito federal em respeito às suas atribuições.

A questão do controle interno, tanto quanto a do controle externo (art. 70 e seguintes da CF), ainda não encontrou um lugar acertado, uma vez que, em se tratando de um sistema de compartilhamento da gestão, nele incluído a dos recursos que financiam a saúde, tem sido até o momento bastante confusa a execução desse controle, uma vez que, se perseguir os recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde que são transferidos aos estados e municípios, sua execução enseja grave complexidade, primeiro pelas dimensões do país e segundo pela junção do dinheiro de um ente com o dinheiro dos demais, devendo-se, se assim for, apartar os recursos de cada ente federativo aplicados na execução do plano de saúde.

Tenho defendido que em relação aos recursos que a União deve repassar aos estados e municípios, por serem obrigatórios nos termos da EC 29 mediante critérios previstos na lei complementar 141, de 2012 e no art. 35 da lei nº 8.080, de 1990, o controle que cabe às casas de contas deveriam ser as dos estados, e não a federal. Os recursos deveriam ser unidos para o financiamento do plano de saúde do ente federativo, cuja programação deveria estar prevista em contratos – do qual tratarei mais a frente – que estabeleceriam as metas e objetivos a ser alcançados. Os contratos deveriam ser objeto de acompanhamento por todos os entes signatários em razão de suas participações.

Quanto à avaliação do desempenho do SUS em relação aos processos e qualidade dos serviços públicos, por se tratar de controle finalístico, ou seja, que mede o alcance das políticas públicas no país para verificar a efetividade da garantia do direito à saúde, deveria caber a todos os entes de forma integrada, com a preponderância da direção nacional do SUS, o Ministério da Saúde. A avaliação da qualidade, efetividade, eficiência, qualidade do gasto e demais aspectos que permitem saber se o cidadão – o centro do SUS, para quem ele existe – tem recebido a atenção adequada dos poderes públicos. A União, em cooperação com os demais entes federativos, deve acompanhar o desempenho, a qualidade e a

afetividade da garantia do direito à saúde, mas com a função de coordenação nacional no sentido de conhecer o verdadeiro alcance das políticas públicas no país.

Desse modo, ao Sistema Nacional de Auditoria, que se espraiava pelos entes da Federação, caberia verificar a conformidade do gasto com as políticas de saúde previstas, de forma harmônica, com a cooperação dos demais entes de controle interno e externo, no sentido de melhor atender ao disposto no art. 70 e seguintes da Constituição Federal quanto à fiscalização orçamentária, patrimonial e financeira dos recursos públicos.

No âmbito ainda do controle, não se poderia deixar de dizer que são muitas as formas de controle do SUS, como a dos conselhos de saúde, sem deixar de considerar o papel do Ministério Público federal e estadual.

Para concluir, são dezenove as competências para a União insertas no art. 16 da lei 8.080, e como se vê, elas se inserem no campo da formulação e avaliação de políticas, estabelecimento de sistemas (subsistemas no âmbito do SUS), planejamento, controle, avaliação, elaboração de normas técnicas e regulamentares, entre outras. O importante a destacar é que o elenco dessas competências da União se centra no âmbito das normas gerais e principiológicas.

3.4 O estado-membro no SUS

Ao estado foram reservadas incumbências que visam à organização do SUS estadual, com amplas competências de *coordenação* do sistema de saúde estadual e competência de prestação de serviços de maior complexidade, sendo o estado denominado pela lei de *direção estadual*.

Uma das competências da direção estadual é promover a descentralização dos serviços e ações de saúde que estavam a cargo do estado para os municípios. Essa é uma competência temporal, uma vez que devia ter sido

realizada nos primeiros anos de organização do sistema com traspasse de serviços a cargo do Estado de competência, num sistema descentralizado, do município.

A partir da transição para o SUS do sistema de saúde anterior à Constituição e após todos esses anos, pressupõe-se que todos os serviços que estavam a cargo do estado e que não mais seriam dele, após a lei 8.080, já tenham sido descentralizados.

O art. 17 dispõe catorze competências, entre elas as de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar *supletivamente* ações e serviços de saúde. Sempre que o município não puder ou não o fizer, salta para o Estado o dever de suprir a lacuna, no âmbito de sua competência supletiva. Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de saúde; participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente; da política e da execução de ações de saneamento básico; em caráter suplementar ao da União, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa; estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde; acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito do estado.

Outro relevante papel conferido ao estado é o de demarcar as regiões de saúde em seu território. Essa competência que advém, de maneira genérica, da Constituição, art. 25 § 3º, deve somar-se à competência conferida pelo decreto 7.508, de 2011, de dispor sobre as regiões de saúde. Além do mais, compete ao Estado manter a Comissão Intergestores Bipartite (lei 12.466, de 2011) e cuidar para que a região de saúde mantenha a Comissão Intergestores Regional.

No tocante ao controle interno, tanto do gasto com saúde, conforme dissemos anteriormente, quanto à avaliação do desempenho do SUS no estado, seu papel é relevante e deve ser exercido em conjunto ou de forma integrada com a União e o conjunto de seus municípios. Sem avaliação de desempenho, não se

planeja o SUS (um sistema integrado e regionalizado) de forma adequada de acordo com as necessidades de saúde da população.

O estado tem ainda o relevante papel de ser o condutor da regionalização da saúde, demarcando, em conjunto com os municípios, as regiões de saúde e coordenando, a partir dessas regiões, o planejamento integrado da saúde, organizando o mapa da saúde estadual e regional, que deve ser obrigatório aos entes públicos e indutor de políticas de saúde ao setor privado.

O estado esteve um tanto quanto ao largo de seu papel de condutor da política estadual da saúde em razão de o Ministério da Saúde ter assumido o papel de se relacionar diretamente com os municípios, desconsiderando a regionalização. Por isso, tenho defendido que é preciso *desfederalizar* o SUS para *estadualizá-lo* e *regionalizá-lo*. O estado, nessas duas últimas décadas, foi o elo perdido⁶⁷ no encadeamento da rede de atenção à saúde regionalizada.

3.5 O município no SUS

As competências municipais são as descritas no art. 18 da lei 8.080, de 1990, e são de difícil mensuração, não podendo se entender na literalidade da norma. As competências para planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde devem ser entendidas de acordo com o desenvolvimento de cada ente municipal, que deve estar inserido numa rede de atenção à saúde regional.

As competências reservadas aos municípios devem guardar proporção com o porte econômico-demográfico de cada um, até mesmo pela necessidade de se ter escala. Não se pode pensar num SUS que se espraia por todo o país no sentido de se perseguir como fim a quantidade de entes que o executam, quando na verdade se deve perseguir a qualidade da descentralização, cuja finalidade é

⁶⁷ Ver Santos L, 2011. *O Estado na articulação do Sistema de Saúde: um elo perdido?* Disponível em: <blogs.bvsalud.org/ds/>.

manter os serviços e o agente público mais perto da população para melhor conhecer as realidades locais e conferir possibilidade ao cidadão de conhecer seus executores e melhor poder exercer o controle social e amadurecer no exercício da cidadania. Essa qualidade não pode ser perdida na descentralização tanto quanto se perseguir o desenvolvimento socioeconômico dos entes federativos.

As responsabilidades sanitárias dos entes municipais têm de ser decididas na região, casando-se as possibilidades socioeconômicas e demográficas do município com a organização do SUS na região de saúde. Construir um SUS que, ao mesmo tempo em que é descentralizado, se regionaliza para aglutinar serviços e garantir escala, economicidade, racionalidade e suprir deficiências entre os entes é o que se deve perseguir.

Outros aspectos referentes aos municípios serão tratados ao longo deste trabalho, que visa enfrentar o desafio da gestão interfederativa do SUS centrada na negociação, no consenso, em contratos no sentido de respeito às diferenças regionais, aplicação do princípio da equidade nas relações interfederativas, conferindo a cada um o que é seu dever e a todos a organização de um sistema que garanta o direito à saúde do cidadão e da coletividade.

Ao distrito federal, a lei reservou as mesmas atribuições que competem ao estado e ao município.

Capítulo IV. A forma organizativa do SUS na Constituição

4.1 O SUS e sua organização

A forma como o SUS se organiza é de fundamental relevância para o escopo deste trabalho, que combinou a descentralização com a regionalização e a autonomia com a interdependência. Campos⁶⁸ lembra que nosso país, ao organizar o SUS legalmente, acrescentou o *“conceito de sistema descentralizado que combinasse autonomia com o funcionamento de uma rede integrada”*.

Conforme mencionado acima, volto à questão da mitigação da autonomia dos entes subnacionais pela União em relação à interpretação do art. 198, conforme Weitcher,⁶⁹ que preleciona que a repartição de competência dos entes subnacionais conferida pela Constituição retira parcela de sua autonomia política, uma vez que, por ser o sistema único e coordenado pela União, não há decisão autônoma do ente federativo na saúde. Venho defendendo que a autonomia não está mitigada em favor da União, mas sujeita a novos arranjos na gestão do SUS para permitir a convivência da autonomia política dos entes com sua interdependência operativa. E, se estiver mitigada, há de ser em favor do próprio sistema e não dos entes subnacionais em relação ao ente central, a União.

Esse tema será desenvolvido ao longo de todo este trabalho. Neste ponto, porém, importa entender como o SUS se organiza.

O SUS tem sua forma organizativa expressa no art. 198 da Constituição:

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;

⁶⁸ Campos GWS, 2006, p. 301.

⁶⁹ Weichert MA, *op. cit.*, p. 210.

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Primeiramente, esse artigo trata dos serviços *públicos* de saúde, diferentemente do art. 197, que considera como de relevância pública todas as ações e serviços de saúde (o público e o privado por não ter a Constituição feito distinção entre um e outro); segundo, por tratar de *todas* as ações e serviços públicos, o que significa o municipal, estadual e federal; terceiro, por *integrá-los* em rede; quarto por definir que essa rede é regionalizada e hierarquizada. Esclareça-se desde logo que a hierarquização ali mencionada se faz no sentido da complexidade de serviços (níveis de densidade tecnológica), conforme esclarece o art. 8º da lei 8.080, de 1990:

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

As diretrizes são: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral no sentido de unir as atividades preventivas com as curativas, devendo se dar ênfase às atividades preventivas, mas desde que não prejudiquem as assistenciais; e a participação da comunidade. São esses os alicerces, as estruturas do SUS no país, suas ideias-guia.

A essas diretrizes devem se somar os princípios e outras diretrizes do SUS elencados no art. 7º da lei 8.080, de 1990, assim expressos:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;*
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;*
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;*
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;*
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;*
- VIII – participação da comunidade;*
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:*
- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;*
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;*
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;*
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e*
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.*

Este é o formato organizativo do sistema público de saúde, seus princípios e diretrizes constitucionais e legais.

É importante decompor o art. 198, *caput*, para uma análise detalhada e sistêmica, por ser essa disposição que conformará o SUS como uma rede (*integração* de serviços de entes autônomos), *regionalizada* (região de saúde) e *hierarquizada*, (níveis de complexidade crescente ou de densidade tecnológica), objeto de

fundamental importância para o presente trabalho ao se comparar esses conceitos organizativos com o modelo de Estado Federal, com as práticas federativas do Ministério da Saúde diante dos estados e municípios, com o princípio da descentralização insito ao SUS, que ao mesmo tempo impõe a região como o *locus* principal da organização das redes de atenção à saúde, impondo a conclusão de que é necessário tanto descentralizar os serviços quanto aglutiná-los: descentralização X região de saúde, *regionalizando a descentralização*, sob pena de não ser possível instituir uma rede de atenção à saúde, uma vez que ela não será capaz de sobreviver sem a regionalização.

4.1.1 Integração das ações e serviços de saúde descentralizados em rede de atenção à saúde

Preliminarmente, o tema da *integração* dos serviços em rede nos remete a alguns subtemas ao SUS, como o interesse local X interesse regional, a região de saúde, elementos geradores da solidariedade sistêmica importantes para a garantia da efetividade do direito à saúde. Não se pode falar em rede de atenção à saúde sem se falar em região de saúde, pelo fato de a rede se situar no âmbito da região de saúde, integrando todos os serviços dos entes federativos implicados na região. Diante de sua profunda interligação, é difícil tratar de um sem falar do outro. Por isso os temas integração de serviços, rede, região de saúde, integralidade, descentralização vão se mesclar o tempo todo, por não ser possível apartar uma coisa de outra.

A Constituição exige que todos os serviços públicos de todos os entes federativos sejam integrados em rede. Integrar serviços em rede no âmbito da saúde pública é, na realidade, a única forma de se garantir ao cidadão e à coletividade a integralidade da assistência à saúde pelo fato de a saúde, conforme definida no art. 7º, II, da lei 8.080, de 1990, não ser passível de ser cumprida no território de um único ente federativo, e sim dentro de um sistema *nacional* que deve se regionalizar. Na verdade, é a integralidade da assistência que impõe ao SUS esse formato organizativo de rede de ações e serviços de saúde por requerer a

interação de serviços uns dos outros para efetivar o direito à saúde, que não se esgota num único ente diante da complexidade de suas ações e serviços, que vão desde a atenção primária aos serviços de complexa densidade tecnológica.

O conceito de rede também será desenvolvido ao se discorrer sobre a *rede interfederativa de saúde*. A rede SUS deve ter a característica de permitir a integração dos serviços de diversos entes sem que se perca a individualidade gestora, ou seja, sem abandonar o princípio da descentralização, da subsidiariedade, permitindo assim, em nome de um valor comum, a saúde da população, que um ente federativo se conjugue com os demais com a finalidade de garantir a proteção da saúde em seu mais amplo sentido. Na sociedade contemporânea, as redes têm sido um meio de gerir serviços, de “*administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos*”.⁷⁰ Na saúde, essa complexidade é ínsita a seus serviços e organização.

A rede no SUS visa ajuntar os serviços de saúde e tudo o que se agrega a eles sob o comando *descentralizado (unitário) e regionalizado (conjunto) a um só tempo*, para garantir ao cidadão a integralidade da assistência à sua saúde. Por isso, a integralidade pauta a organização do SUS em *rede regionalizada*, que deve ser estruturada em níveis de complexidade crescente: atenção primária, secundária e terciária. Essa estruturação não significa valorar os serviços em menor ou maior importância, mas dar consequência, dentro da rede, à sua densidade ou complexidade tecnológica.

A integralidade da assistência à saúde será a matriz da organização do SUS em rede regionalizada. É a integralidade que une o que supostamente a descentralização teria separado. É a integralidade que gera solidariedade sistêmica entre os entes federativos numa região de saúde ou entre regiões de saúde que devem alcançar a equidade pela partilha de recursos federativos e pela solidariedade no desenvolvimento de seu território visando gerar boa governança.

A integralidade da assistência à saúde é definida na lei 8.080, de 1990, como:

⁷⁰ Mendes EV, 2009, p. 137.

Art. 7º. As ações e serviços de saúde e os serviços privados contratados e conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

II – integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [...]

A própria definição da integralidade – *conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos* – pressupõe uma rede de serviços. Uma rede de ações e serviços de diversos entes ligados por territórios contíguos:⁷¹ entes autônomos sob o ponto de vista político e interligados sob o ponto de vista organizativo.

A integração dos serviços de saúde é, conforme se disse, consequência natural da necessidade de se garantir o direito integral à saúde em um país federado, no qual a União e os estados-membros, tanto quanto os municípios, têm competência para cuidar da saúde da população e o devem fazê-lo de acordo com o preceito do art. 18 da CF, que os define como entes autônomos para se auto-organizar e cumprir com seus deveres constitucionais.

Em nossa Federação, onde os municípios são profundamente desiguais quanto a seu porte populacional, riqueza, cultura, economia, desenvolvimento social,⁷² exige-se a integração de todos os entes para conformar uma rede assentada em uma *solidariedade sistêmica*.

Em contrapartida, seria impossível pensar em rede de serviços de saúde sem uma consequente delimitação territorial, que é a região de saúde. Poderia ter sido o território estadual, mas o legislador preferiu a região, mais condizente com o modelo tridimensional de nossa Federação e com a descentralização da saúde. A região decorre da necessidade de delimitação espacial e qualificada da rede, que

⁷¹ Tratei desse tema em artigo publicado em 2005: “Contornos jurídicos da integralidade da assistência à saúde”, *Boletim de Direito Administrativo*. São Paulo: Editora NDJ, nº 8, agosto de 2007. Retomei o tema com maior ênfase na obra *SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*, em 2007, em coautoria com Andrade.

⁷² Por volta de 70% dos municípios brasileiros têm menos de vinte mil habitantes.

não pode ser um mero agrupamento de municípios, mas composto por elementos essenciais que caracterizem uma região, como a situação viária, comunicação, cultura, transporte, organização dos serviços, entre outros pontos fundamentais para que possa surgir uma região de saúde. Há que se ter em conta a organização da rede de serviços de saúde e as demais condicionantes e determinantes da saúde para que a integralidade da assistência à saúde possa de fato ser atendida.

A Espanha adota o sistema de rede de serviços sanitários como forma organizativa dos serviços e conceitua a rede como *“um conjunto de profissionais, de centros e dispositivos sanitários, e uma série de normas ou regras para ordenar o acesso dos pacientes à atenção sanitária, assim como as relações dos centros e dos profissionais sanitários entre si”*.⁷³

No Brasil, a rede de atenção à saúde deve significar a integração de um conjunto de ações e serviços de saúde de entes federativos de determinada região de saúde, a qual deve garantir ações e serviços de saúde, mediante a permanente articulação e integração clínica, normativa, funcional e financeira. As redes de atenção demonstraram terem melhorado os níveis de saúde da população em todos os países onde foram organizadas, e, quando a atenção primária se integra com os outros níveis de complexidade do sistema, seus usuários ficam mais satisfeitos.⁷⁴

Sendo a rede a forma de organização de serviços que se estruturam para garantir a efetivação do direito à saúde e sendo o direito à saúde expresso como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de diversos entes federativos, a região de saúde é o espaço que delimita a rede, sem contudo *se constituir na delimitação do direito à saúde*, que, pelo contrário, se alarga para conter tudo aquilo que o cidadão ou a coletividade possa necessitar e que não seria possível sem a regionalização. E quando a rede da região não é suficiente, será em sua intercomunicação que haverá de ser satisfeito o direito à saúde. Daí a importância de se *regionalizar a descentralização* para inibir alguns dos efeitos negativos da descentralização, como: a) isolamento do ente federativo; b) falta de conhecimento das realidades do entorno; c) fragmentação e enfraquecimento dos serviços, podendo ainda se falar em perda de escala no tocante à organização dos

⁷³ Gomes JAS e Cotanda FL, 2006, p. 17.

⁷⁴ Mendes EV, 2010, p. 2297.

serviços com adensamento das estruturas sanitárias, além da diluição das assimetrias municipais.

O contrato será a forma de regular, entre os entes federativos de uma região de saúde, as condições da integração dos serviços, garantindo sustentação jurídico-administrativa a essa forma aparentemente colidente de organização de serviços: descentralização e regionalização. Esse tema será explanado mais adiante, em tópico específico.

A integração de serviços de um único ente federativo em rede de atenção à saúde, como ocorre de maneira excepcional em uma cidade como São Paulo, de grande extensão territorial e populacional, poderá até ser capaz de garantir a integralidade da atenção à saúde de sua população, prescindindo assim de serviços de outros entes federativos. Contudo, não poderá prescindir de ofertar seus serviços a municípios vizinhos, exatamente pelo fato de o SUS ser uma rede que exige inter-relações, impõe interdependências e requer o que venho denominando de *solidariedade sistêmica*.

Ou se é interdependente em relação ao serviço que falta, ou se é interdependente em relação ao serviço que se tem e que precisa ser ofertado ao município vizinho. E, para solucionar a questão do financiamento para além do interesse local, há de se ter solução interfederativa, com o estado e a União assumindo sua participação no financiamento da região de saúde com a finalidade de reduzir as desigualdades regionais, suas iniquidades.

É preciso haver solidariedade no tocante aos custos dos serviços de saúde, com o estado e a União garantindo financiamento de serviços que extrapolam o interesse local. A integração dos serviços dos entes federativos é complexa, exigindo a integração concertada, negociada, definida por consenso.

A garantia de direitos sanitários requer esse modelo politicamente descentralizado, fundado em uma *solidariedade* resultante da obrigatoriedade constitucional de os entes federativos integrarem seus serviços em rede para garantir a integralidade da assistência à saúde *dentro do sistema*, e nunca cada um *per se*. A Constituição, em seu art. 30, VII, impõe deveres ao estado e à União de financiamento aos municípios, e a EC 29, de 2000, claramente define a

obrigatoriedade de a União transferir recursos para os estados e municípios e os estados para o conjunto de seus municípios, hoje regulamentada pela lei complementar 141, de 2012 confirmando a solidariedade sistêmica dos serviços de saúde.

A solidariedade quanto ao financiamento do SUS demonstra de maneira cabal que a saúde é uma política de estado, e não programa de governos. Sendo política de estado expressa na Constituição, obriga a todos os entes federativos a observar sua estrutura organizativa e garantir esse direito mediante políticas e programas públicos.

Venho refutando a solidariedade defendida pelo Poder Judiciário no tocante à plena responsabilidade de cada ente frente ao cidadão que demanda provimento em saúde. As responsabilidades dos entes da Federação devem ser solidárias *no âmbito do sistema, e não em âmbito isolado de cada ente, sob pena de se promover iniquidades tendo em vista a desigualdade socioeconômica dos entes federativos*. Nesse sentido, terá relevante importância o contrato entre os entes federativos para o estabelecimento das responsabilidades individuais e solidárias na rede de atenção à saúde.

O STF, por ocasião da decisão de tutela antecipada em mandado de segurança, após a realização da Audiência Pública nº 4, ocorrida em 2009, decidiu que a *responsabilidade dos entes da Federação deve ser efetivamente solidária*. E que essa solidariedade deve ser construída *dentro de um modelo de cooperação e coordenação de ações conjuntas por parte dos entes federativos*.⁷⁵

Para quem conhece o sistema de saúde brasileiro, a coordenação e a cooperação se dão em razão de seu modelo organizativo, com assunção por cada ente de responsabilidade integral pela garantia da saúde, sem, contudo, se entender essa responsabilidade integral como o dever de prestar serviços *individualmente*, mas como o *dever de se inserir numa rede de serviços* que garanta essa integralidade em seu todo a partir de responsabilidades individualizadas as quais conformarão uma responsabilidade regional, solidária. Por isso, a integração na rede é *obrigatória, e não facultativa*. A regionalização deve ser considerada, portanto,

⁷⁵ Pedido de suspensão de tutela antecipada 175/ Decisão do STF/ Ministro Gilmar Mendes/ nº 23699691/18.09.2009. Disponível em: <www.stf.gov.br>.

uma obrigatoriedade, e não uma faculdade. Contudo, as responsabilidades dos entes devem ser individualizadas sob pena de se desrespeitar as condições socioeconômicas que dão fundamento aos planos de saúde dos entes os quais, por sua vez, devem compor o plano regional de saúde (decreto 7.508 e LC 141).

A solidariedade amplamente propugnada pelo Judiciário não reconhece essa articulação regional, impondo a qualquer ente demandado judicialmente, o dever de cumprir obrigações sanitárias dos mais variados portes, na maioria das vezes incompatíveis com o que ficou definido como responsabilidade do ente na rede de atenção à saúde em razão de sua capacidade operativa e financeira. Daí novamente a importância do contrato para demarcar essas obrigações, do qual se tratará mais adiante.

Nesse passo, abrirei um parêntese para adentrar no tema da judicialização do direito à saúde por sua implicação com a forma organizativa do SUS não levada em consideração pelo Judiciário que considera apenas o disposto no art. 196 da CF.

Nesse campo falham tanto o Poder Judiciário quanto o Sistema Único de Saúde, o Judiciário por não compreender como o sistema se organiza, e o SUS por falhar nos regramentos jurídicos, muitas vezes, insuficientes para explicitar tecnicamente os princípios e diretrizes do SUS, como a região de saúde, a forma de acordar os compromissos solidários (tanto os compromissos executivos quanto o financiamento dos custos das ações interfederativas, entre outros).

Falha o Judiciário ao não querer compreender a organização jurídico-administrativa do SUS, que impõe deveres organizativos aos entes federativos de acordo com sua inserção na rede de saúde. Pouco importa para o Judiciário se a demanda é por um transplante de fígado e o município tem apenas vinte mil habitantes e a organização de seus serviços de saúde não comporta maior complexidade do que a atenção primária.

A solidariedade em relação às competências comuns, que se exigem sejam plenas⁷⁶ para cada ente, desrespeita o formato organizativo do SUS e o

⁷⁶ Plenas no sentido de comportar tudo o que possa caber no conceito de saúde e se exigir que esse conjunto de ações e serviços de saúde sejam praticados por cada ente *per se*.

desarticula. As competências são comuns, mas o SUS tem uma organização complexa que exige integração regionalizada das ações e serviços de saúde em rede.

Um grande problema é que, passadas mais de duas décadas, a integração dos serviços em rede de atenção à saúde ainda não encontrou sua maturidade, expondo as falhas do Poder Executivo ante o Judiciário. A integração e a coordenação das ações e serviços de saúde em rede, que teriam a função de facilitar e ampliar o acesso e diminuir as desigualdades entre os entes federativos, não encontrou a institucionalidade adequada por uma série de problemas não resolvidos até então, como a ausência do planejamento regional, que implicaria o planejamento da rede; a falta do elemento agregador do cuidado, que seriam os processos de informatização dos registros sanitários; a ausência de um elemento integrador e definidor das responsabilidades, que seria o contrato interfederativo; o fraco processo de regionalização, com instituição de verdadeiras regiões de saúde dotadas de competência, responsabilidade sanitária, serviços suficientes, sistema eficiente de referências, entre outros elementos, como o financiamento interfederativo assentado em um planejamento regional fundado nas necessidades de saúde da população.

Sendo um dos pilares da organização do SUS a integração de seus serviços em rede, capaz de permitir o *continuum* desses serviços, sua ausência quebra a estruturação sistêmica da saúde, que se dá pela integração dos serviços em *rede regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade*. Nesse sentido, a regionalização, a região de saúde, o sistema de referências entre os serviços gerando escala, eficiência e economicidade ficam todos prejudicados, rompendo os elos sistêmicos do SUS.

Voltarei a esse tema em outros tópicos devido à sua ligação com os demais assuntos que serão aqui tratados, podendo até parecer redundantes algumas vezes, mas é quase impossível falar de uma coisa sem se apreciar a outra.

4.1.2 Regionalizando a descentralização: região de saúde como imposição constitucional ou como ato de vontade dos entes federativos?

Um sistema organizado de forma *regionalizada* em um Estado Federal, composto por estados-membros e municípios, que têm competências comuns e interdependentes na saúde, leva a conclusão de que a regionalização, que diz respeito à divisão do território estadual, com aglutinação de municípios em região de saúde (microrregiões no sentido constitucional), se insere na competência do estado, nos termos do art. 25 da Constituição Federal:

Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.

[...]

§ 3º. Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas, microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

Sendo os municípios unidades federativas assimétricas quanto ao seu desenvolvimento, a organização do SUS fica dotada de grave complexidade no tocante à distribuição de competências entre os entes federativos na saúde, conforme já se disse nesse trabalho à exaustão. As competências, ainda que comuns, não podem ser tidas como iguais, simétricas em relação aos entes federativos, com a mesma abrangência no tocante à garantia da efetividade do direito à saúde. Elas devem guardar proporção ao porte demográfico, social, cultural e econômico do ente da Federação. As responsabilidades individuais na rede devem ser assimétricas para garantir uma *rede simétrica e equânime*. Por isso o SUS é um sistema que só se conforma no todo quando as partes se juntam na rede de atenção à saúde, com as suas adequadas interações sanitárias, financeiras, administrativas, técnicas e assim por diante.

Por esse motivo, a rede de saúde deve estar em regiões de saúde constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes para integrar a organização, o planejamento e a execução da função pública da saúde que deve ser

compartilhada. Se todos tivessem que garantir na integralidade o direito à saúde, *per se*, não haveria necessidade de se criar um sistema integrado, nem mesmo de se ter rede, tampouco região de saúde. Cada ente garantiria individualmente a seu munícipe o direito à saúde em seus amplos termos.

No tocante à necessidade de se instituir região de saúde, demarcando um território que conterà um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, trata-se de um fato incontroverso do ponto de vista jurídico, uma vez imposto pela Constituição, devendo ser dotado de inteligência sanitário-organizativa para integrar serviços, ganhar escala, ampliar a cobertura e permitir a continuidade do cuidado em toda a sua dimensão sanitária.

Venho defendendo que a instituição de regiões de saúde como espaço territorial, que tem a finalidade de garantir um amplo rol de ações e serviços, nos termos do art. 198 c/c com o art. 7º, II, da lei 8.080, de 1990, *é ato administrativo essencial, sob coordenação estadual*.

A região de saúde é necessária para a efetividade do direito à saúde por permitir juntar o que o princípio da descentralização separou e que, por força sistêmica, deve se unir novamente em torno de uma região, dando à luz uma gestão que ao mesmo tempo em que é *individual* (de cada ente federativo, direção única) também é *solidária* ante a interdependência sistêmica.

As regiões de saúde devem ter a função de aglutinar serviços de saúde que poderiam fracionar a garantia do direito à saúde que deve ser satisfeita de maneira integral. A região de saúde deve conter determinados atributos, como população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde; diversos níveis de atenção, porta de entrada do sistema que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede.⁷⁷

Nesse sentido, ela tem a finalidade de organizar territorialmente as ações e serviços de saúde dos municípios desiguais, com a participação do estado e da União. A região dá conformação territorial à integração, em rede, das ações e serviços de saúde dos entes federativos.

⁷⁷ Kuschnir R e Chorny AH, 2010, p. 2307.

A região de saúde confere uma externalidade ao SUS por definir, para uma determinada população, o *locus* de sua efetivação, contudo, a região não pode ser confundida com a divisão administrativa do estado-membro, pois são temas diversos. Uma diz respeito aos espaços onde se localizam os serviços de saúde; a outra é mera divisão administrativa da secretaria da saúde, que se desconcentra para melhor atender à sua burocracia orgânica. A primeira implica a união de unidades federativas, ao passo que a segunda é uma mera divisão administrativa de um único ente federativo.

Unidos os municípios, eles passam a constituir uma região de saúde para organizar, planejar e executar de maneira compartilhada os serviços de saúde. Nesse passo, saiu-se da *individualidade federativa*, do *interesse local*, para a *solidariedade interfederativa* e o *interesse regional*, fazendo saltar deveres constitucionais de financiamento interfederativo da saúde.

Por isso, entende-se como necessário que o estado defina as regiões de saúde, demarcadas pelos espaços municipais, assumindo compromissos e se comprometendo com a administração do SUS regional. Essas responsabilidades interfederativas devem contar com elementos que deem segurança jurídica a seus entes, como o contrato de ação pública. Entendo, assim, que a regionalização na saúde é obrigatória por decorrer da Constituição, art. 198 e da lei 8.080, de 1990 e decreto 7.508, de 2011. E o elemento integrador deve ser o contrato, do qual tratarei mais adiante, também obrigatório, e não um ato volitivo.

Pelos mais diversos motivos, o SUS até hoje não conseguiu ser de fato regionalizado no verdadeiro sentido da expressão constitucional que alia a regionalização à integração de serviços em rede.

A descentralização das políticas públicas tem sido criticada, em especial as da saúde, pelo fato de ter sido apartada da regionalização e pelo fato de a agenda *desenvolvimentista* brasileira não ter sido implementada, mantendo os entes federativos em um mar de desigualdade comprometedor da descentralização. Essa crítica encontra coro entre os sanitaristas brasileiros,⁷⁸ que apontam o fraco papel da descentralização ante as imensas desigualdades regionais que continuam

⁷⁸ Viana ALÁ, Lima LD, Ferreira MP, 2010, p. 2317.

existindo nas regiões brasileiras e a falta de arranjos institucionais mais cooperativos. Nesse sentido a regionalização ainda não alcançou sua virtuosidade.

Uma tentativa de acentuar a cooperação foi feita mediante o Pacto pela Saúde (Portaria MS 399/2006). Contudo, em vez de se propugnar por verdadeiras regiões de saúde, o Pacto na realidade dispôs a respeito da junção de municípios ao criar os colegiados de gestão regional, os CGRs, cuja finalidade era a de discutir a gestão regional do SUS *sem a existência formal da região de saúde, estruturada e qualificada administrativa e tecnicamente para a garantia do direito à saúde*. Desse modo, a região de saúde não se tornou obrigatória nem foram consignados quais seriam os elementos necessários para sua conformação, como os mínimos de serviços, as responsabilidades vinculantes dos entes no espaço regional, entre outros.

Por isso não compartilho do pensamento de que os colegiados de gestão *exercem um papel real de cogestão dos espaços regionais* por não estarem investidos de poder político para decidir sobre a gestão regional da saúde, de não haver responsabilidades com poder vinculante, por nem sempre o CGR ser compatível com uma região de saúde no seu sentido técnico, e assim por diante.

Ainda que se discuta no CGR a gestão compartilhada do SUS, o que sem dúvida é de grande valia, seu poder coordenador, decisório, vinculante, é pequeno, sendo muito mais um espaço de *discussão* de questões comuns da saúde dos municípios que os compõem principalmente em função da ausência de verdadeira rede de atenção à saúde da região. Ele pode ser um canal de identificação de problemas comuns, de definição de prioridades, sem, contudo, haver uma institucionalidade em suas decisões, que deveriam ser cumpridas pelos demais entes. Não se deve negar sua importância como um fórum de discussão e negociação, como também não se pode negar sua fragilidade ante a ausência de verdadeiras redes de serviços, a ingerência do poder político nesses espaços, a sua não institucionalidade e a centralização que ainda marca o SUS representada pela força da partilha dos recursos federais e a falta de poder vinculante das decisões.

O CGR não pode ser confundido com região de saúde, uma vez que não mantém estrutura mínima de serviços organizados regionalmente, o que o decreto 7.508, de junho de 2011, passou a exigir em seu art. 5º. O CGR, a partir do decreto 7.508 passou a ser denominado de Comissão Intergestores Regional (CIR) com

funções específicas, conforme ali disposto e também tratada na lei 12.466, de 2011. A partir do decreto entendo que a institucionalidade mencionada acima passará a ser uma realidade. Mas esses colegiados devem ser revistos em suas estruturas. Esse tema será abordado mais adiante, ao discorrer sobre o referido decreto.

A região de saúde deve se organizar de modo a poder de fato abrigar uma rede de atenção à saúde capaz de atender às necessidades de uma população circunscrita em determinado território regional e impor responsabilidades individuais e solidárias aos entes federativos. Aliás, são essas as razões de sua existência. Esse talvez seja mais um ponto de vulnerabilidade da organização do SUS no país, que até o presente momento, passados duas décadas, não conseguiu ver institucionalizadas suas estruturas político-administrativas solidárias.

Viana⁷⁹ defende esse ponto de vista quando afirma que *“algumas questões no tocante à regionalização permanecem em aberto e ainda não são suficientemente equacionadas pela política de saúde nacional”, destacando a “desarticulação entre o processo de planejamento e de pactuação intergovernal, a falta de clareza entre as relações entre os processos de regionalização e de assinatura do Termo de Compromisso de Gestão”*.

A conformação de uma região de saúde não pode se ater apenas ao conceito de territórios limítrofes, uma vez que deve conter todos os elementos que possibilitem a efetividade do direito à saúde. Ela deve ser dotada de características que lhe permitam compreender serviços em qualidade e quantidade suficientes para garantir direitos sociais essenciais para a qualidade de vida. A região de saúde não esteve ainda no palco do SUS como estrela essencial para a efetiva regionalização dos serviços de saúde e uma governança regional centrada nas necessidades regionais e no desempenho dos serviços.

A região de saúde pode ser a resposta para o movimento da descentralização política, que em nosso país, ante uma história de centralismo autoritário, também teve o objetivo de

simplesmente assegurar a transferência de recursos da União, estando ainda pouco relacionado com o objetivo clássico da descentralização política, caracterizada pelo

⁷⁹ Viana ALÁ, Lima LD, Ferreira MP, *op. cit.*

*incremento democrático decorrente da possibilidade de um governo mais próximo do cidadão, sendo capaz de identificar com maior rapidez necessidades locais*⁸⁰

e lhe garantir os resultados esperados.

Outro ponto relevante para se defender a região de saúde é poder ganhar escala visando à eficiência e economicidade. Não se pode perder de vista que os direitos positivos custam e os recursos sempre serão escassos, devendo a descentralização ser um *“fenômeno intrinsecamente qualitativo e não quantitativo, existindo a partir da verificação concreta de um incremento no bem-estar da sociedade”*.⁸¹

Importa ressaltar que há uma fragilidade na definição das *responsabilidades e responsabilização* dos entes federativos na região de saúde. Araújo,⁸² ao comparar os processos de responsabilização na reforma do sistema de saúde do Brasil e da Catalunha, aponta que *não foram* consolidados os mecanismos de responsabilização nos dois lugares. Por isso a necessidade de a região de saúde ser conjugada com o contrato de ação pública e contar com uma coordenação regional.

O Estado, ao definir a região de saúde, poderia instituir ao lado de um sistema colegiado deliberativo, a CIR, uma coordenação executiva. O decreto 7.508, de 2011, e a lei 12.466, de 2011, dispõem sobre essas instâncias deliberativas do SUS, definindo suas competências, entre elas a de gestão regional da operacionalização do SUS que poderá se materializar como coordenação regional.

A lei 12.466, de 2011, que alterou a lei 8.080, de 1990, acrescentando o art. 14-A, dispôs que:

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

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

⁸⁰ Ragazzo CEJ, 2011, p. 171.

⁸¹ Ragazzo CEJ, *op. cit.*, p. 173.

⁸² Araújo TB, 2006.

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

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

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

A coordenação executiva poderia se constituir de especialistas-gestores de saúde, que teriam o papel de executar, em âmbito regional, as decisões da Comissão Intergestores Regional no sentido de dar vida às decisões consensuais, estabelecidas em contrato com poder de vincular as partes às suas cláusulas e condições. Elias⁸³ também comunga com a ideia de que o desafio posto está em

como conceber mecanismos de gestão regional que possam ser utilizados nas mais diversas regiões do País, considerando a atual concentração política e financeira na esfera federal e a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde. No âmbito das regiões, os governos estaduais são responsáveis por coordenar o processo de planejamento do qual os municípios fazem parte como entes políticos autônomos.

A definição dos critérios de competência que serão afetados pelo desenvolvimento do município, pela organização de seus serviços deve ser explicitada no contrato, ficando a União com a atribuição de transferir recursos, ditar a política nacional com suas diretrizes nacionais, fiscalizar, dirigir nacionalmente o SUS se afastando de seu papel de interação direta com os municípios, competência que deve ser reservada ao estado.

O estado teria a competência de prestar serviços de maior densidade tecnológica, de maior abrangência em termo de escala e outros critérios sanitários organizativos do SUS, além de exercer seu papel de coordenador das políticas estaduais, cabendo ao município serviços locais de menor complexidade e

⁸³ Elias PE, Dourado DA, 2010.

também, conforme seu porte econômico, serviços de referência para a região. E o estado exerceria ainda o seu relevante papel de coordenador do SUS estadual em seu sentido pleno.

A título de exemplo, quanto à organização dos serviços de saúde, a Espanha demarca o território das comunidades autônomas muitas vezes em *áreas sanitárias, distritos sanitários e zonas de saúde*.⁸⁴ Os serviços se dividem de acordo com o tamanho da população. Assim, a atenção primária é dedicada a territórios com população entre seis e 25 mil habitantes (zonas de saúde); a atenção especializada, como saúde mental, planejamento familiar, odontologia etc., população entre cinquenta e cem mil habitantes (distritos sanitários); atenção especializada e hospitalar, população entre duzentos e quinhentos mil habitantes (áreas sanitárias); maiores especialidades técnicas para população entre quinhentos mil e um milhão de habitantes (regiões sanitárias). Assim as competências são pré-definidas, de acordo com o critério populacional.

Os consórcios intermunicipais de saúde (consórcios públicos previstos na lei federal 11.795, de 8 de outubro de 2008) podem ainda contribuir com o fornecimento de estrutura para alguns serviços que os entes da Região queiram executar em comum acordo, mediante uma pessoa jurídica, com a finalidade de ganhar escala e simplificar processos administrativos.

Assim, os consórcios públicos de saúde podem ser de grande valia para fazer frente à administração de determinados serviços de saúde, lembrando, porém, que o consórcio não substitui a região de saúde, que tem o papel de abrigar uma rede de atenção à saúde capaz de garantir a efetividade da integralidade da assistência à saúde; a fundação estatal, ente público que integra a administração indireta, poderá também permitir que entes federativos se juntem em torno de uma finalidade comum.⁸⁵ Esses arranjos institucionais podem agilizar a prestação de serviços de saúde de entes federativos, sem contudo substituir o papel da *região de saúde, locus* das redes de atenção à saúde e da efetividade do direito à saúde.

⁸⁴ Gomes JAS Cotanda FL, 2006, p. 23.

⁸⁵ Durante os anos 2008 e 2009, assessoriei a Secretaria de Estado da Saúde da Bahia no apoio jurídico-institucional e no próprio incentivo à organização de uma fundação estatal interfederativa para gerir de maneira compartilhada a saúde da família. Foi assim que nasceu a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF), que foi instituída por 69 municípios mediante autorização legislativa. Além do suporte jurídico à concepção da fundação interfederativa, elaborei as leis municipais e do estatuto da FESF. Tal projeto ainda será aqui comentado.

Por fim, regiões de saúde não têm sido consideradas com a *centralidade* que possuem na organização do SUS, firmando-se como o principal espaço da garantia da efetividade do direito à saúde. A região de saúde faz nascer, constitucional e legalmente, um SUS regional, a única forma de num país com o nosso formato federativo (estados-membros e municípios) organizar ações e serviços de saúde de maneira *descentralizada e integrada*.

A gestão desse SUS regional, dessa região de saúde, somente poderá se dar mediante a aproximação de todos os entes, para, num primeiro momento, decidir de maneira concertada a gestão da rede na região de saúde. Num segundo momento, firmar compromissos uns com os outros, mediante contrato, para a segurança jurídica das responsabilidades individuais e solidárias, a vinculação dos entes, porque será pelo contrato que se fixarão as responsabilidades dos entes que compõem a região de saúde.

A Itália optou, mediante lei, pela regionalização compulsória do saneamento básico, que teve a finalidade de evitar a fragmentação na prestação de serviços, atribuindo aos governos regionais a responsabilidade pelo processo de agregação por áreas.⁸⁶

A regionalização da saúde é uma determinação constitucional, com as regiões demarcadas nos dias de hoje pelo decreto 7.508, de 2011. Nesse contexto, não se pode entender a região de saúde como um ato de vontade dos entes federativos. A demarcação dessas regiões é obrigatória, como devem ser os contratos que fixam as responsabilidades dos entes na região. Tratarei disso em tópico específico mais a seguir.

Entretanto, é inegável dizer que, na atualidade, existem dificuldades concretas na organização do SUS centrado em seus pilares constitucionais, que são *redes regionalizadas e hierarquizadas* (sistema de referências). Até o presente momento, são poucas as *reais* redes de atenção à saúde, uma vez que não há sistema informatizado que interligue seus serviços no âmbito da rede regional ou inter-regional, dando-lhe o substrato necessário para atuar como uma real rede integrada de ações e serviços de saúde.

⁸⁶ Ragazzo CEJ, 2011, p. 369.

Na maioria das vezes, o cartão nacional de saúde, onde existe, funciona mais como *cartão de identidade* do que como uma chave de acesso aos registros clínicos do usuário, permitindo ao profissional da saúde conhecer a história clínica do indivíduo e a ela acrescentar novos registros. A própria questão da complexidade de serviços também é muito mais formal, uma vez que um sistema assentado em nível de complexidade de serviço, conforme previsto na Constituição e na lei 8.080, de 1990, não tem até hoje a atenção primária como ordenadora e principal porta de entrada desse sistema.

Por fim, a rede ainda não se construiu (impedimentos políticos; resistências dos hospitais em se integrar pelo medo de aumentar o controle sobre seu funcionamento; dificuldade dos estados em compor regiões etc.), a regionalização ainda é incipiente mesmo depois de 21 anos da edição da lei 8.080.

Por isso é importante que a instituição da região de saúde seja ato obrigatório do estado, com a finalidade de garantir institucionalidade a essa forma organizativa, com o contrato estabelecendo os elos necessários entre os entes federativos na fixação de suas responsabilidades sanitárias.

4.1.3 Níveis de complexidade de serviços e sua hierarquização: o modelo de organização da atenção à saúde

Ainda no âmbito da organização do SUS, o *modelo* da organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção em região de saúde se centra nos níveis de *complexidade dos serviços*. Isso significa dizer que a rede se estrutura em níveis de complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe ainda os arts. 8º e 7º, II, da lei 8.080/90. Níveis de complexidade significam que o serviço de menor densidade tecnológica, a atenção primária, deve ser a ordenadora e o centro do sistema, atuando como filtro para os demais níveis de complexidade.

A Espanha, que adota esse modelo de atenção, assim como a Inglaterra, Cuba, Canadá e Itália, são exemplos de serviços fortemente centrados na atenção primária, ordenadora dos demais níveis de complexidade do sistema.

Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde em níveis de complexidade dos serviços deve ser estruturado pela atenção primária, principal porta de entrada no sistema. A hierarquização se compõe da seguinte forma: atenção primária ou básica,⁸⁷ atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

A atenção primária deve atuar inicialmente resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Esse papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos quanto no referenciamento do usuário para outros níveis, a torna o centro do sistema e ordenadora de um sistema organizado em rede, mas que tem portas de entrada preferenciais.

O importante a destacar é que, no caso brasileiro, a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde. Elas estão definidas constitucionalmente no art. 198 e legalmente nos arts. 8º e 7º, II, da lei 8.080/90, que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde. Essas redes por serem regionalizadas, impõem um relevante papel do estado, ente competente para definir as regiões de saúde.

Campos⁸⁸ defende que a *“sustentabilidade política e econômica do SUS depende de um processo de mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva, mas que tivesse um grau importante de concomitância em todo o país”*. E afirma que as diretrizes para que essa reorganização aconteça já estão dadas, ressaltando a importância estratégica da atenção primária, a redefinição do papel do hospital e das especialidades, o trabalho interdisciplinar e a redefinição dos paradigmas tradicionais da medicina e da saúde pública, com o planejamento centrado nas necessidades de saúde.

⁸⁷ Há uma discussão a respeito da denominação da atenção à saúde: primária ou básica. Na Europa, a denominação que prevalece é atenção primária, que dá ensejo a pensar em prioritária, essencial. Na Constituição tanto quanto na lei 8.080/90 não há qualquer referência a um ou outro nome. Contudo, a EC 29/2000 dispõe que 15% dos recursos das transferências da União para os demais entes federativos devem ser para o custeio de ações e serviços *básicos* de saúde. Se se entender *serviços básicos* como atenção básica, esta então seria a denominação oficialmente utilizada: atenção básica.

⁸⁸ Campos GWS, 2007, p. 301.

A atenção à saúde deve fugir da fragmentação de seu sistema, que se centra no isolamento de seus serviços, os quais não mantêm comunicação uns com os outros e acabam mantendo a atenção primária incomunicável com os demais níveis de atenção, obstando assim o exercício pela atenção primária como ordenadora do cuidado com a saúde. Abandonar a organização hierárquica, as interrupções da atenção por falta de continuidade do cuidado e a atenção à saúde centrada no médico, em vez de se centrar nos serviços organizados em rede e seus fluxos assistenciais integrados. Esse modelo traz graves prejuízos para a saúde da população, além de elevados custos públicos e resultados sofríveis.

4.1.4 As diretrizes do SUS

O art. 198 da CF estatui que o SUS se assenta em três diretrizes:

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.

Passaremos a analisar cada diretriz *per se*.

4.1.4.1 A descentralização e a direção única em cada esfera de governo e o princípio da subsidiariedade

Da descentralização já se falou neste trabalho diversas vezes. Volta-se agora a esse assunto com mais centralidade. Um dos eixos da Reforma Sanitária

dos anos 1970 era a descentralização das ações e serviços de saúde. Depois de anos de um sistema altamente centralizado na União, seguido de anos de regime antidemocrático, além de a saúde não ser um direito e o Sistema Nacional de Saúde estar aquém de todas as necessidades de saúde da população, o pêndulo tombou radicalmente para a municipalização da saúde. Até então, ela era executada essencialmente pela União – ainda que estados e municípios pudessem ter serviços de saúde próprios.

Campos⁸⁹ reconhece que a descentralização não fazia parte do discurso da esquerda, que defendia *o socialismo ou a intervenção do Estado na economia e políticas sociais*, sendo a descentralização própria das reformas liberais, e não socialistas. No Brasil, ainda de acordo com esse autor, a descentralização na saúde ganhou ares muito particulares, em razão de a lei ter definido diferentes papéis para os entes federativos na condução da saúde, como se houvesse quase que uma hierarquia quanto aos temas afetos a cada um. Mas, como a regulamentação mais afinada da descentralização não aconteceu de fato, esse processo nunca se completou, ensejando até hoje omissões, dubiedades e ambiguidades quanto à precisa responsabilidade de cada ente federativo na condução do SUS.

A descentralização na saúde foi denominada de *municipalização*, no sentido de levar aos municípios responsabilidades pelo cuidado com a saúde, o que na realidade foi feito pela Constituição de 88, ao compartilhar competência pela saúde pública igualmente entre os entes federativos. Ao definir como competência comum da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios executar ações e serviços de saúde, nasceu para o município esse poder-dever. Fernandes⁹⁰ aponta que, ao se falar em *municipalização da saúde*, parte do poder foi deslocado para os municípios, fracionando-o. Esse é um ponto relevante, tendo em vista que a descentralização de poder sem a descentralização de recursos para seu exercício pode ser mera retórica, e parece que isso aconteceu na saúde, gerando o que Campos⁹¹ chama de *reforma social incompleta*.

Era essencial para a Reforma Sanitária a proximidade do gestor público com o cidadão, o deslocamento ou a divisão do poder no cuidado com a saúde.

⁸⁹ Campos GWS, 2006, p. 417.

⁹⁰ Silva SF, 2001, p. 57.

⁹¹ Campos GWS, 2006, p. 301.

Essa aproximação, estado e sociedade, permitiria uma maior participação da comunidade na administração local, com a população atuando de maneira mais efetiva nas políticas de saúde, ganhando maturidade e desenvolvendo um sentimento de pertencimento em relação à política pública de saúde.

A descentralização das ações e serviços de saúde, nos ideais da Reforma Sanitária, visava tornar o cidadão mais consciente de seu papel de dono indireto do poder exercido pelo estado, além de buscar maior participação, diálogo e harmonia entre as necessidades de saúde da população e as políticas e programas públicos. Buscava-se um sistema que ficasse próximo ao cidadão, no qual a autoridade pública pudesse conhecer melhor suas necessidades e atuar de pronto, sendo mais facilmente responsabilizada pelos acertos e erros.

Na realidade, era o princípio da subsidiariedade que se fazia presente nas propostas da Reforma Sanitária. O federalismo é uma forma de governo que, por trazer em si a diversidade e a unidade e um pluralismo de interesses que devem ser harmonizados, associa-se amplamente ao princípio da subsidiariedade. Esse princípio é o meio pelo qual o federalismo se realiza, unindo coisas aparentemente opostas, aceitando e harmonizando a diversidade dos interesses dos estados descentralizados.

A descentralização do federalismo – territorial e política – exige plena participação dos poderes periféricos, afastados do poder central e próximos à comunidade, por ser deles a competência de realizar tudo que lhes é possível, restando ao poder central apenas o que não pode ser realizado pelo poder descentralizado.

Esse é o princípio da subsidiariedade, que se alicerça na teoria de que tudo aquilo que a comunidade pode fazer por ela mesma não deve ser realizado por uma instância superior. Numa estrutura federal de estado, conforme Torres,⁹²

nada deveria ser exercido por um poder de nível superior, desde que pudesse ser cumprido pelo inferior. Isso significa dizer que só seriam atribuídas ao governo federal e ao estadual aquelas tarefas que não pudessem ser executadas senão a partir de um governo com esse nível de amplitude e generalização.

⁹² Torres RL et al., 2011, p. 215.

Assim, o município prefere ao estado e à União, e o estado à União.

Nessa linha, o municipalismo na saúde ganhou força com a Constituição de 88, que adotou a teoria do *federalismo tridimensional*,⁹³ elevando o município à condição de unidade federativa, com autonomia para se auto-organizar nos termos do disposto no art. 18 da CF, conforme já mencionado neste trabalho.

Um país de tradição municipalista, que rompeu com o modelo do federalismo clássico composto tão somente pelos estados-membros e pelo poder central, inovou na Constituição de 88 ao elevar o município à condição de ente federativo, com autonomia política, legislativa e financeira para gerir assuntos de interesse local, conforme já visto nesse trabalho. Entretanto, esse modelo tridimensional tem sido bastante criticado pelas dificuldades que encerram e pelo fato de, na realidade, nosso modelo federativo ser bastante centralizado, com a União exercendo fortemente seu papel de executora das políticas públicas, atuando apenas como ente repassador de recursos para municípios que não têm condições de realizar serviços de modo eficiente. Os municípios brasileiros são bastante carentes de capacidades técnico-econômicas, além de haver forte desigualdade sociodemográfica e econômica.

A Reforma Sanitária pretendia que fossem unificadas as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas, com a descentralização de sua execução e consequente conjugação de recursos financeiros, materiais e humanos, além de buscar a permanente cooperação entre as esferas governamentais.

Essa luta foi bem-sucedida com a descentralização política consagrada na Constituição de 88, que conferiu a todos os entes federativos a atribuição de cuidar da saúde, determinando que a direção do sistema público de saúde fosse única em cada esfera governamental.⁹⁴

O princípio da subsidiariedade remonta à doutrina social da Igreja Católica,⁹⁵ com a intenção de proteger a autonomia do indivíduo em relação à intervenção pública injustificada, como a do socialismo, a dos excessos do

⁹³ Bonavides P, 2011.

⁹⁴ Exposição de motivos nº 31, de 10 de julho de 1987, do decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

⁹⁵ Torres RL *et al.*, *op. cit.*

liberalismo clássico, visando à liberdade privada em relação ao Estado intervencionista sob qualquer ideologia ou pretexto injustificado.

O direito público logo se apropriou de tal princípio para conferir suporte às suas teorias de preservação do ente menor em relação ao julgo do ente superior, sendo fortemente utilizado nos dias de hoje, em especial nos países centrais, como essencial para impor limites à atuação do Estado em relação ao indivíduo, à comunidade, ao ente público menor em relação ao maior.

*Pelo princípio da subsidiariedade dá-se a primazia, em primeiro plano, ao indivíduo sobre os grupos intermédios, em segundo, a esses grupos sobre a sociedade e, por fim, à sociedade sobre o Estado, instituindo-se, como princípio de ordem social, uma cadeia de subsidiariedade.*⁹⁶

Como dito anteriormente, no federalismo o princípio da subsidiariedade é essencial para a concretização da descentralização política e administrativa, tendo sido chamada de “regra de ouro do federalismo” por Bastos.⁹⁷ Num federalismo cooperativo como o nosso, que se funda na colaboração e solidariedade, diferentemente do federalismo dual, centrado em rígida repartição de competências, combinam-se competências concorrentes e comuns diante da complexidade econômico-financeira da Nação, que precisa ser resolvida de maneira equilibrada e harmônica.

Nesse caso, a colaboração, a solidariedade e a coparticipação são elementos essenciais para sua realização. Contudo, o federalismo cooperativo tem sido severamente criticado, principalmente no caso brasileiro, por concentrar poderes desmesurados na União, impondo um sistema de cooperação subjugado pelo poder político eleitoral, partidário, que atrapalha severamente a imparcialidade política com graves reflexos no desenvolvimento dos municípios.

Bonavides⁹⁸ tem insistido em dizer que esse tipo de federalismo tem ensejado sua deturpação, com a cooperação reforçando o ente mais forte, a União, e criando uma situação de vassalagem entre poder central e estado-membro. Assim, o princípio da subsidiariedade tem sofrido reveses em nome da excessiva

⁹⁶ Torres RL et al., *op. cit.*, p. 10.

⁹⁷ Bastos CR, Martins IG, 1988, p. 416.

⁹⁸ Bonavides P, *op. cit.*

centralização das políticas públicas nunca voltadas para as necessidades da população, mas servindo a um aparato burocrático e a interesses não tão republicanos e democráticos.

A questão central – e isso se aplica fortemente à saúde – é que no federalismo cooperativo, que deveria se unir ao princípio da subsidiariedade no sentido de apoio, ajuda, colaboração em relação ao ente mais fraco econômica ou tecnicamente com vistas a seu desenvolvimento, tem ensejado forte perda de autonomia, gerando acomodação em relação ao poder central, que passa a ser o que planeja, financia, define a política e a programação. Esse estado de acomodação e costume de aceitar decisões supercentralizadas dos entes federativos reforça o centralismo, arrefece a subsidiariedade e concentra poderes na União, em detrimento do poder local e regional.

A cooperação só faz sentido quando absorve o princípio da subsidiariedade, fortalecendo os poderes locais e regionais, melhorando suas condições políticas e econômicas e elevando sua condição econômica. Na saúde isso é essencial, especialmente por ser um sistema *regionalizado*, nascido da conjunção de entes federativos de determinado território regional. A região de saúde para lograr efeito deve assentar-se na cooperação e coordenação entre os entes federativos.

A saúde se viu, na Constituição, reforçada quanto à sua descentralização pelo fato de o art. 198, I, impô-la como diretriz do SUS. Contudo, para quem conhece a saúde por dentro, sabe o quanto foi maculado o princípio da subsidiariedade, da cooperação ínsita nas competências comuns e concorrentes (federalismo cooperativo e solidário).

Apesar dos avanços do SUS nacional e da descentralização, assistiu-se, em vários momentos, um Ministério da Saúde⁹⁹ intensificado em sua dimensão político-administrativa e financeira, impondo um planejamento nacional e não regional ao organizar o SUS de acordo com o financiamento federal, com um aparato burocrático capaz de editar mais de dez mil portarias nos últimos dez

⁹⁹ O Ministério da Saúde, sob a gestão do atual ministro Alexandre Padilha, 2011, vem tentando mudar o modelo *inampiano*, que sempre pautou sua atuação, e implementar a verdadeira descentralização com o fortalecimento das regiões de saúde e o relevante papel do estado nas questões regionais. Com a edição do Decreto 7.508, de 2011 e da Lei 12.466, de 2011 uma nova institucionalidade vem sendo alcançada no SUS.

anos, com um sistema de controle interno dos recursos transferidos próprios de convênios, que avaliam processos e não resultados e qualidade do gasto, definindo políticas que nem sempre cabem no território municipal, levando-o nesses momentos a ficar distante do cidadão, a quem deve servir sempre.

Nesse ponto, o princípio da subsidiariedade, tão importante para o federalismo e para o sistema de saúde, tem sofrido sérios reveses. A ação subsidiária do ente central em relação aos estados-membros e municípios na região de saúde não tem sido real, mas apenas formal. Ainda que a execução das atividades de saúde esteja afeta aos estados e municípios, essa execução não tem sido realizada de acordo com as práticas federativas pelo fato de os poderes locais e estaduais não poderem se auto-organizar de acordo com as realidades locais e regionais, devendo fazê-lo de acordo com as determinações do ente central, a União, e sempre em nome do fato de que os recursos que financiam a saúde são federais.

Esses superpoderes do Ministério da Saúde em detrimento do estado e do município solapou em muito a tão acalentada busca pelo fortalecimento das relações interfederativas e dos processos políticos descentralizados, levando tais relações a um grau de subordinação incompatível com o princípio da subsidiariedade, afastando o cidadão das políticas de saúde, dando ensejo ao fortalecimento de grupos corporativos nos conselhos de saúde, o que é um arremedo da tão pretendida participação social na subsidiariedade, que exige maturidade comunitária para o exercício do controle social.

Além do mais, a subsidiariedade na saúde deve estar a serviço da harmonia que se pretende alcançar nas relações interfederativas, necessárias para a organização das redes de atenção à saúde. Harmonia esta que só é possível quando existe a possibilidade de se criar espaços na administração pública para a negociação e o consenso em torno da definição e organização de serviços interdependentes, afastando o aparato burocrático e centralista, adotando-se ainda uma política de contratualização com força vinculante entre os entes federativos na definição de suas responsabilidades sanitárias.

O interesse local – expressão um tanto quanto indefinida na Constituição – mencionado anteriormente, que impõe competência ao ente local

para garantir o interesse de seus municípios, precisa ser considerado na organização dos serviços em rede interfederativa, em razão de seu financiamento. O interesse local – antes *peculiar interesse municipal*, conforme se referia a Constituição decaída – precisa ser melhor avaliado no âmbito do SUS, em razão da interdependência dos serviços de saúde dos entes federativos, a qual impõe aos entes considerados referência dentro da rede de saúde, obrigações que extrapolam seu território municipal por se regionalizar. Essas obrigações devem ser objeto de negociação no âmbito da solidariedade sistêmica que deve haver no SUS.

O interesse local no SUS deve se assentar em premissas que imponham ônus financeiro à União e ao estado pelo atendimento de outros municípios nos serviços municipais. A cooperação entre os entes há de ser compensada na rede regional de saúde.

A questão do interesse local se faz presente também na discussão da direção única em cada esfera de governo, no sentido de que apenas um setor, a saúde, na administração pública deve cuidar das ações e serviços de saúde e também no sentido de que, ainda que os serviços se vinculem a uma rede regionalizada, a direção dos serviços que se inserem na rede deve continuar sob o comando do dirigente da saúde naquele território municipal. Uma pluralidade de direções que devem desaguar em uma coordenação regional decidida pelo conjunto dos entes federativos em espaços colegiados.

Por último, para fechar a questão da descentralização e seus revezes, não poderia deixar de apontar que nos programas pré-SUS se pretendia mudar as práticas que privilegiavam o setor privado em detrimento das políticas públicas de saúde. Mas muitas são as heranças como a continuidade do modelo assistencial de oferta de serviços que privilegia os procedimentos assistenciais de maiores custos, que envolvem alta tecnologia e investimento de capital em detrimento de política de atenção primária fortalecida e coesa em todo o território nacional, deixando sempre claro que entre o formal (o que determina o nosso ordenamento jurídico) e as práticas, prevalecem as práticas que não coadunam com formal.¹⁰⁰

¹⁰⁰ Santos NR. Acesso universal e de qualidade: no SUS legal e no SUS real. Disponível em: <www.idisa.org.br>.

4.1.4.2 A direção única em cada esfera de governo

A direção única surgiu na Reforma Sanitária como uma crítica à dispersão existente no antigo Sistema Nacional de Saúde. Havia na esfera federal cinco ministérios responsáveis pelas ações e serviços de saúde. Cuidavam da saúde os Ministérios da Saúde (prevenção), da Previdência e Assistência Social (serviços de assistência à saúde dos trabalhadores previdenciários), da Educação e Cultura (hospitais universitários), do Trabalho (segurança do trabalho) e do Interior (saneamento).¹⁰¹ Isso acarretava desperdício de recursos financeiros, humanos, materiais, isso sem mencionar a falta de comunicação, coordenação e integração, que prejudicavam a população que recebia serviços de saúde de forma compartimentada, sem nenhuma integração. A saúde, como setor, agia de forma desarticulada.

Assim, conforme pretendiam os ideólogos da Reforma Sanitária, a *direção única* em cada esfera de governo tinha como pressuposto, de um lado, impedir a *pluralidade de entes governamentais* mantendo de forma isolada serviços em um mesmo território político-administrativo, sem inseri-los numa rede de referências,¹⁰² e, de outro, coibir que numa mesma esfera de governo diversos órgãos ou setores pudessem cuidar da saúde. Esse segundo ponto não encerra grandes discussões, sendo mesmo uma questão de bom-senso conferir a um mesmo órgão (secretaria de saúde) toda a administração de uma mesma matéria (saúde). Mas o primeiro ponto – a vedação de que em um mesmo território político-administrativo não deve haver serviços de outros entes federativos desvinculados da direção única – tem gerado polêmica até os dias de hoje.

A “direção única” contemplada na Constituição em seu art. 198, I, que estatui ser o sistema público de saúde descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, levou a lei nº 8080/90 a dispor em seu art. 9º que

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito do Estado e

¹⁰¹ Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.

¹⁰² Referência e contrarreferência: esse conceito diz respeito ao grau de complexidade dos serviços.

do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria da Saúde ou órgão equivalente; e, III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Na competência comum, as mesmas tarefas devem ser realizadas pelos entes federados em regime de cooperação ou de forma isolada. Algumas atribuições comuns são muitas vezes realizadas isoladamente, como é o caso da educação,¹⁰³ que, diferentemente da saúde, não se configura como uma rede de serviços integrada e regionalizada.

A competência comum traz para todos os membros um mesmo dever de prestação de serviços. Em todos os campos comuns, seja no econômico, social, cultural, ambiental, a atuação de cada um dos entes políticos pode ser *conjugada ou isolada*.¹⁰⁴ Na área da saúde, porém, a atuação *isolada* é incompatível com a forma de organização do sistema público de saúde.

A direção única, em seu aspecto territorial, pressupõe que os dirigentes da saúde, ao decidirem o sistema de referência, devem também decidir sobre a inclusão dos serviços próprios do estado, sediados no município-referência, e sobre a participação complementar do setor privado no SUS para os municípios referenciados numa rede única. O município-referência deve ter a condução política de seu sistema municipal-regional, devendo os pactos firmados incluir como se darão as necessárias contratações complementares e a inclusão dos serviços próprios do estado instalados no município.

No estado de São Paulo, o art.15, parágrafo único, do Código de Saúde não deixa dúvida ao preconizar que o “Estado executará, supletivamente, serviços e ações de saúde nos Municípios, no limite das deficiências locais e de comum acordo com a direção local do SUS”.

Essa regra explicita que a direção única deve ser respeitada, mesmo quando o Estado, em sua competência supletiva ou complementar (ou própria,

¹⁰³ Constitucionalmente, o município deve manter programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental atuando, na maioria das vezes, de forma isolada, apenas contando com o apoio financeiro da União. Entretanto, esses serviços não necessitam estar integrados em redes regionalizadas. Mesmo que a União ou o Estado mantenha naquele município programas de ensino superior ou médio, a cooperação, no sentido de operar junto, não é uma necessidade, diferentemente do que ocorre com a saúde.

¹⁰⁴ Na competência comum, conforme ensina Ives Gandra Martins, todos “atuam sobre a mesma matéria e nos mesmos campos sem conflito”, enquanto na competência privativa são excluídos os entes que não a detém. *Op. cit.* Bastos e Martins. *Comentários à Constituição do Brasil*. 1988.

como é o caso da gestão de serviços de alta complexidade), executa serviços no território municipal, devendo fazê-lo de comum acordo com a direção local.

O Ministério da Saúde visou regulamentar essa questão na NOB 01/96, ao criar definições próprias para gestão e gerência, definindo a gestão como sendo do sistema de saúde como um todo, e a gerência, de unidades individualizadas de prestação de serviços.

Bastaria a interpretação dada pela Constituição e pela lei 8.080 de que a direção do SUS é única em cada esfera de governo. Sendo única, nascem para o ente federativo poderes para conduzir, local e politicamente, seu sistema, respeitando-se sempre os arranjos administrativos de direção, chefia dos serviços individualizados de outros entes federativos com sede no território municipal.

Assim, a *direção única* não visa apenas coibir que em uma mesma esfera de governo haja o compartilhamento da *direção* de serviços de saúde com outros órgãos do mesmo governo. A direção única também tem expressão territorial, ou seja, visa impedir que em um mesmo território haja vários dirigentes da saúde de várias esferas diferentes de governo, executando serviços de forma desarticulada, desordenada, sem a necessária integração de que fala o artigo 198 da Constituição (rede regionalizada e hierarquizada). Mesmo quando for tecnicamente justificável a existência de serviços pertencentes a dois entes políticos em um mesmo município, esses serviços devem estar integrados nessa rede de serviços, devendo ser preservada a direção única no seu sentido político e não operativo.

Nesses casos, o executor do serviço de outra esfera de governo não perde a gestão sobre seus serviços, e o dirigente único não perde sua direção única. Elas devem conviver harmonicamente: a direção política com a direção operativa.

Na realidade, quando houver de fato verdadeiras redes regionalizadas de atenção à saúde, com gestão interfederativa compartilhada, essas questões serão facilmente resolvidas nos colegiados de gestão e nos contratos interfederativos que venham a organizar as responsabilidades sanitárias dos entes na rede.

É de crucial importância situar a saúde como um serviço de grande mobilidade e interpenetração, que não se esgota em cada esfera de governo por ser um direito que só se efetiva dentro de uma rede de serviços, cuja titularidade é de

muitos entes, e não apenas de um. Nesse caso, impende dizer que a descentralização, essencial para levar o serviço para próximo do cidadão, tem nuances complexas que nos impõem maiores reflexões, sendo uma delas as diferenças de desenvolvimento dos entes municipais, conforme anteriormente explicitado à exaustão.

4.1.5 Integralidade da assistência à saúde: a matriz da organização do SUS em rede

A integralidade da assistência à saúde no SUS está definida no art. 7º, II, da lei 8.080, de 1990 e se realiza mediante um conjunto de ações e serviços de saúde colocados à disposição da população pelo Poder Público.

A integralidade tem um papel essencial de conformar a organização administrativa do SUS, exigindo seja o sistema assentado num modelo que conjugue as ações e os serviços de saúde dos entes federativos em rede de atenção à saúde que se movimenta e se articula continuamente: *conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde*, conforme diz a lei. O segundo ângulo da integração é o seu conteúdo. Qual o padrão, no sentido de conteúdo, que deve ser garantido no SUS?

O conceito de saúde esculpido no art. 196 da CF e as atribuições do Sistema Único de Saúde¹⁰⁵ com sede constitucional é mais amplo que a integralidade por compreender muitos outros fatores, dentre eles, os condicionantes e determinantes da saúde, além de ser bastante fluido. Em relação às competências do Sistema Único de Saúde, demarcadas pela própria Constituição, art. 200, não se pode dizer com segurança o que cada atividade comporta. Por isso há tanta dificuldade em se delimitar o seu campo. Contudo sabemos que não se pode demandar de forma irrestrita e ilimitada pela população, com a garantia do Judiciário, tudo aquilo que pode ser considerado como atividade de saúde. Como o direito à saúde se realiza mediante a garantia de um conjunto de

¹⁰⁵ Ver artigo de Santos, L. *Direito à Saúde: conceito e atribuições do SUS*. op. cit.

ações e serviços de saúde de promoção, proteção e recuperação de forma integral, há que se definir que integralidade é essa. Esse é o segundo ponto a considerar. Aliás, nenhuma política pública onerosa, garantidora de direitos que custam,¹⁰⁶ que implicam em obrigações positivas do Estado, poderá ser tida como *absoluta*, sem que se voltem os olhos para o orçamento público e outros regramentos técnicos, científicos e administrativos organizadores dos serviços públicos.

No caso da saúde, sem querermos adentrar em doutrinas e conceitos jurídicos mais aprofundados quanto à efetividade dos direitos sociais inscritos na Constituição,¹⁰⁷ o direito à saúde vinculado à qualidade de vida e a candente questão da alocação de recursos, sempre escassos em relação à crescente demanda, é necessário adotar alguns parâmetros,¹⁰⁸ todos previstos em lei, para adequadamente conceituar a integralidade da assistência – preceito que, em claros contornos, poderá facilitar e até prevenir o tortuoso dilema que se coloca na saúde quando se impõem ao agente público duras escolhas entre o que garantir e o que mitigar no direito à saúde.

A integralidade precisa ser balizada por diretrizes, princípios e normas constitucionais e legais para, desde logo, impedir o argumento de que *tudo*, irrestritamente, cabe no direito à saúde, ou, ao contrário senso, tudo pode ser negado em nome da falta de orçamento público.

A saúde pública poderá sofrer um grande *revés* em virtude do crescimento das ordens judiciais que estão gerando uma desestruturação do SUS, além de elevar os seus custos, nem sempre previstos no orçamento e em planos de saúde,¹⁰⁹ se não se demarcar urgentemente a *extensão* da integralidade da atenção à saúde, definindo nacionalmente um padrão de integralidade.

¹⁰⁶ José Casalta Nabais, Professor da Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito, ressalta em seu trabalho *A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos* que “Com efeito, os custos dos direitos sociais concretizam-se em despesas públicas com imediata expressão na esfera de cada um dos seus titulares, uma esfera que assim se amplia na exacta medida dessas despesas”.

¹⁰⁷ Para autores, como Ricardo Lobo Torres, “o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado no art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional, é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos”. *Teoria dos Direitos Fundamentais*, Rio de Janeiro: Renovar, 2ª ed., 2004, p.287.

¹⁰⁸ A incapacidade financeira do Estado torna limitada a efetivação de direitos sociais (princípio da reserva do possível); daí a necessidade urgente de, previamente a esse dilema que, freqüentemente, assombra os dirigentes da saúde, demarcar os conceitos de universalidade e integralidade da assistência na saúde para que as escolhas sejam prévias, impessoais e calçadas em critérios técnicos, científicos e tecnológicos.

¹⁰⁹ *O Direito e a indústria* – Eduardo Appio – Revista Consultor Jurídico, novembro/2005: “Passemos para alguns dados de ordem prática, tomando-se como exemplo o Estado de São Paulo, maior estado da Federação brasileira e que

As decisões judiciais trazem graves reflexos para o planejamento da saúde – às quais poderão estar substituindo as instituições competentes para definir o *conteúdo* das ações e serviços de saúde. Amaral¹¹⁰ ao abordar a questão das difíceis escolhas na saúde, critica a transferência dessas decisões para o Judiciário, o qual não se encontra *legitimado pelo voto para tomar tais opções*, num alargamento de competências que não são suas.

No nosso entendimento, o direito inscrito na Carta Constitucional – art. 196 – de conceito amplo e genérico – está composto por normas que de cunho programático (políticas sociais e econômicas que evitem o agravo à saúde) e normas de efetividade imediata (acesso às ações e serviços de saúde).

A sua força (do art. 196) está exatamente em conciliar medidas protetivas da saúde, as quais irão evitar danos futuros, com medidas concretas de garantia de serviços públicos curativos e preventivos.¹¹¹

Esse é o grande valor do abrangente conceito de saúde trazido pela Constituição e melhor explicitado no art. 3º da lei 8.080/90: considerar como *fatores determinantes e condicionantes da saúde* a qualidade de vida individual e coletiva.¹¹² Não bastam serviços que assegurem *acesso* às ações e serviços de saúde; é necessário *prevenir* os riscos à saúde mediante a execução de políticas públicas adequadas.¹¹³

Em trabalho recente¹¹⁴ defendi que

hoje está difundido que medicina, assistência sanitária, serviços de saúde são um dos fatores que influenciam a saúde, dentre todos os demais. A água e o esgoto tratados,

concentra expressiva parte da população do Brasil. Ali, cerca de 10 mil pacientes recebem tratamentos de saúde através de ordens judiciais, sendo que os custos com as ações judiciais no ano de 2005 (cerca de 40 milhões de dólares) cresceram 79% em relação ao ano de 2004. Este custo, no Estado de São Paulo, o mais industrializado e rico do Brasil, corresponde a 30% do orçamento da saúde.”

¹¹⁰ Amaral, G, 2001.

¹¹¹ A prevenção aqui tratada refere-se a ações e serviços destinados a prevenir e promover a saúde, como vacinação, fiscalização de produtos, alimentos, educação sanitária etc. de competência do SUS, diferentemente da prevenção mencionada na primeira parte do art. 196 que cuida dos fatores sociais e econômicos que interferem com a qualidade de vida da população, como renda, moradia, meio ambiente etc.

¹¹² A saúde cuida de suas atribuições previstas na Constituição e nas leis, mas deve atuar de maneira intersetorial visando à melhoria de vida da população. Ver Luiz Odorico Monteiro de Andrade. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.

¹¹³ Já se discute na Inglaterra a hipótese de advertir ou multar as famílias com filhos menores de 14 anos com obesidade decorrente de hábito alimentar não saudável.

¹¹⁴ Santos, L, 2010.

habitações salubres, ar não poluído, trabalho digno, renda, alimentação alteram substancialmente a saúde da pessoa, em especial, dos mais frágeis, como as crianças.

A dicção da primeira parte do art. 196 é norma que deve contaminar toda política pública, exigindo, de forma indireta, a melhoria dos fatores que condicionam a saúde, como alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho, renda, lazer, educação e outros, conforme expresso no art. 3º, da lei nº 8.080/90. Somente a segunda parte do art. 196 – que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde – exige do Estado a prestação de serviços públicos curativos e preventivos, os quais devem ser prestados pelos órgãos e entes que compõem o SUS.¹¹⁵

Os serviços de saúde prestados pelo SUS estão sujeitos a uma organização e se fundamentam em diretrizes e princípios, não sendo o SUS um balcão de demandas livres. E a universalidade do acesso – todo cidadão tem direito a esses serviços, também não autoriza a interpretação de que todos têm *irrestrito direito a tudo* na saúde. Além de não ter esse elastério, não pode ser interpretado isoladamente dos arts. 198 e 200¹¹⁶ e de outras leis que o regulamentam.

Entender a saúde pública como um serviço que assegura serviços *latu sensu*, sem nenhuma regulamentação, planejamento, previsão dos recursos financeiros, epidemiologia, aspectos técnico-científico, é um despropósito e uma utopia que poderá levar a sua falência.

É de se afirmar que o SUS deve assegurar ao cidadão ações e serviços descritos no art. 200 da CF e explicitados nos arts. 5º e 6º da lei 8.080/90, sendo responsabilidade de outros setores do Estado Federal e também da sociedade, da pessoa, da família e das empresas (§ 2º do art. 2º da lei 8.080/90) a adoção de medidas que evitem danos à saúde individual e coletiva, de forma ampla e

¹¹⁵ Giovanni Berlinguer defende em quase todas as suas obras a necessidade de o Estado e a sociedade cuidarem do **antes** que é a proteção da saúde para evitar-se o **depois** que é sua doença, o seu agravo. Medidas devem ser tomadas para que a pessoa humana não coloque sua saúde em risco quando se é possível mediante medidas de ordem política, econômica, administrativa serem evitadas. Consulta *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec, 3ª ed., 1987.

¹¹⁶ Os demais artigos da seção saúde são dicções que se voltam tanto para o serviço público como para o privado – como a relevância pública da saúde – que contamina a área pública e a privada (art. 197); o dever do Estado de regular, fiscalizar e controlar a saúde pública e privada (art. 197); a liberdade da iniciativa privada de atuar na saúde com suas restrições e direitos (art. 199). Somente se ocupam do sistema público de saúde os arts. 198 e 200. Lembramos ainda que a recente Lei Complementar nº 141 define o que são ações e serviços de saúde para efeito de seu financiamento, ainda que as atribuições do SUS sejam matéria que tem outro escopo por tratar das atribuições, competências, responsabilidades dos entes federativos na saúde.

genérica, no sentido da garantia de qualidade de vida razoável que assegure dignidade ao ser humano.

É importante reafirmar que as atribuições do SUS são as explicitadas no art. 200 da CF, não sendo aleatórias as suas competências nem sendo vagas as expressões ‘ações e serviços de saúde’, as quais estão expressas nos conteúdos das competências constitucionais e legais dos órgãos e entes que compõem o SUS. Além do mais, importa entender o alcance da expressão *integralidade da assistência à saúde* prevista no art. 6º, d e art. 7º, II, da lei nº 8.080/90. É ela que irá dar contorno ao direito à saúde, individualizado e garantido pelo SUS.

O art. 7º, II, reza que a integralidade de assistência é *o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*. A partir desse marco, devemos começar a conferir contornos à integralidade da assistência, de acordo com os demais princípios e normas do sistema de saúde.

Não podemos nos esquecer que a Constituição garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A universalidade do acesso mencionada no art. 196 é a garantia de que todas as pessoas – sem barreiras contributivas diretas ou outras – têm o direito de ingressar no SUS. A universalidade compreende todos quantos queiram ir para o SUS, enquanto a integralidade não compreende tudo.¹¹⁷

A universalidade assegura o acesso de todos na saúde, mas a pessoa precisa querer adentrar o SUS, uma vez que a assistência integral somente é garantida àqueles que estão no SUS: Quem optou pelo sistema privado não pode pleitear parcela da assistência pública porque ela pressupõe a integralidade da atenção e a integralidade da atenção, por sua vez, pressupõe que o paciente está sob terapêutica pública, escolheu o sistema público.¹¹⁸

¹¹⁷ Por sua vez, a **igualdade da assistência** mencionada na Constituição, art. 196 e definida no art. 7º, IV, da lei nº 8.080/90, impede a existência de preconceito ou privilégios de qualquer espécie nos serviços de saúde. Não se pode oferecer tratamento diferenciado às pessoas em razão de credo, cor, classe social, ou seja, em nome de critérios que não sejam epidemiológicos, de urgência e emergência ou terapêuticos etc. (Muitas ordens judiciais que garantem determinados serviços poderão estar ferindo o direito à igualdade, por garantir, muitas vezes, um direito não abrangido pelo SUS).

¹¹⁸ É óbvio que, muitas vezes, como no caso das ações preventivas (ex.: vacinação), o serviço pode se esgotar em apenas uma ação e isso não rompe com o conceito de integralidade. Também devemos esclarecer que o cidadão que escolheu o

Integralidade da atenção é uma ação de mão dupla: paciente e profissionais devem manter uma vinculação, não podendo o SUS ser uma *atividade complementar* do setor privado, apenas fornecendo exames, medicamentos, realizando cirurgias ministradas por profissionais que não pertencem ao setor público da saúde.

A primeira delimitação ou imposição para que a integralidade ocorra é o paciente observar as regras do SUS no tocante ao acesso. Pode acessar os serviços, mas tem que respeitar seus regramentos. Se o SUS vincula a assistência farmacêutica à prescrição, pelo seu profissional, do medicamento; se vincula a cirurgia, fisioterapia, exames complementares a uma prescrição de profissionais do SUS, o paciente não poderá, mediante prescrição privada, ir buscar os serviços públicos. Se não houver esse respeito às normas públicas, teremos um esfacelamento, um fracionamento da atenção e um sistema público complementar ao sistema privado ao invés de um sistema público integral.

A sociedade brasileira escolheu um sistema de saúde misto: público e privado. O público, gratuito, e o privado, pago. A população tem a liberdade de escolha. E ao fazer essa escolha fará uma opção pelos serviços públicos ou pelo privado, com todas as suas conseqüências.

Se optar pelo público, deverá observar os seus regramentos, como a regionalização dos serviços, as referências e contrarreferências, calendário de vacinação, porta de entrada dos serviços de acordo com o agravo à saúde e a sua complexidade, padronização de medicamentos etc., lembrando sempre que o SUS é um sistema público aberto: quem quiser poderá usufruir dele, mas sempre observando as suas imposições administrativas e técnicas. Poderá utilizar os serviços ou deixar de utilizá-los, livremente.

Alias, mesmo quando o cidadão opta pelo sistema privado, também fica sujeito aos seus regramentos, do mesmo modo que dele poderá entrar e sair quando quiser. O que não pode na saúde pública é o paciente buscar um mesmo tratamento nos dois sistemas ao mesmo tempo: consulta privada; exames públicos. Diagnóstico privado; cirurgia pública. Isso rompe com o conceito da integralidade

serviço privado pode, a qualquer tempo, escolher o serviço público. Mas terá que fazê-lo de maneira integral, respeitando as suas normatividades, regulamentação e organização.

da assistência, uma vez que os profissionais de saúde do SUS não poderão ficar a mercê da terapêutica exigida pelos profissionais de saúde do setor privado, *complementando-o*. Ou se adentra ao SUS e submete-se aos seus parâmetros técnicos, científicos, administrativos; ou se opta pelos serviços privados.

Vale lembrar que no sistema privado, em especial, nos planos de saúde privados,¹¹⁹ ninguém pode fazer um exame se a sua prescrição for de um médico do SUS. As regras impostas pelos planos privados são de observância obrigatória para seus consumidores. Ora, no público, a regra é a mesma.

A qualquer tempo, o cidadão poderá escolher entre um e outro sistema; mas ao fazer a escolha pelo público necessitará respeitar as suas normas, seus princípios e diretrizes, bem como os critérios de sua organização administrativa.

Pela dicção do art. 6º, *d*, da lei nº 8.080/90, a assistência terapêutica integral, incluída a farmacêutica, pressupõe que o paciente do SUS obteve um diagnóstico e passará, a partir daí, a ter direito a todas as ações e serviços de saúde exigidos para o seu caso, em todos os níveis de complexidade.

Nesse momento, o SUS fica obrigado a ser resolutivo, ou seja, ter capacidade de atender o paciente de todas as formas, a fim de cumprir com a sua obrigação de garantir-lhe a assistência integral, ainda que para isso, tenha que lançar mão de serviços privados, complementares aos públicos e pagar por eles.

A assistência terapêutica integral pressupõe que o paciente esteja em tratamento no SUS. Feito o diagnóstico, prescrita a terapêutica, o SUS deverá arcar com ela, integralmente, incluindo, é obvio, a assistência farmacêutica. Se não o fizer, aí sim, poderá ser compelido judicialmente a fazê-lo, por omissão. A realidade é que a lei 8.080/90 assegura a integralidade da assistência apenas àquele que optou pelas regras de atenção ao SUS.

Durante o desenvolvimento deste trabalho foi editado o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, já mencionado em outros momentos e que será objeto de análise detalhada em tópico próprio, o qual dispôs sobre a Relação Nacional das

¹¹⁹ Dr. Gilson Carvalho, médico especialista em saúde pública e uma referência nacional, tem reafirmado, em suas inúmeras palestras, que o SUS *é o melhor plano de saúde do brasileiro*, exatamente em razão da integralidade da assistência (coberturas de vacina a transplante).

Ações e Serviços de Saúde (RENASES) a qual deve conter, de forma explícita e publicizada, todas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece à população devendo essa relação ser tida como a expressão publicizada das ações e serviços de saúde que compete ao SUS garantir à população. E que se completa com a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos.

A segunda delimitação é a prevista no art. 198, § 2º, da CF, que impõe *percentuais* de aplicação das receitas dos entes federados na saúde. Dentro do limite imposto pela Constituição é que devem situar os gastos com a saúde (óbvio que poderão ser alocados mais recursos). Como o direito à saúde pressupõe obrigações positivas do Estado – direitos que custam – não há como entendê-lo ilimitado, se limitadas são as fontes de recursos. Esse dilema sempre existirá em relação aos direitos positivos e somente quando o Estado se alia à sociedade para discutir o que cabe e o que não cabe na integralidade haverá legitimidade nas delimitações que fatalmente terão que acontecer.

O próprio art. 36, da lei 8.080/90 reza que *o planejamento e a orçamentação da saúde deverão compatibilizar as necessidades da política de saúde com as disponibilidades de recursos em planos de saúde dos entes federado*, num reconhecimento da finitude dos recursos *versus* a infinidade das demandas ou necessidades. Com a EC 29 (que alterou o art. 198 da CF), a saúde passou a contar com percentuais mínimos para o seu custeio. Assim, o direito à saúde deve ser implementado dentro do montante de recursos constitucionais destinados ao seu financiamento.

O montante de recursos financeiros previstos na EC 29 e na LC 141, de 2012 confere, pois, mais um contorno à integralidade da assistência: compatibilização das necessidades em saúde com as disponibilidades de recursos. Mais um dado para a definição do padrão de integralidade (RENASES).

A terceira limitação é a competência da União e do Estado de impor regulamentos técnicos, normas técnicas e científicas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e a obrigatoriedade de se pautar por critérios epidemiológicos, técnicos, científicos para a definição da política de saúde, planos de saúde, adoção de condutas terapêuticas, padronização de medicamentos, incorporação de tecnologia etc. (arts. 15, V, VIII, XVI da lei nº 8080/90). Este último item – incorporação de tecnologia – se não houver uma prudência na adoção de

tecnologias – crescentes e onerosas, voltadas muito mais para a garantia do capital do que para o bem estar do cidadão – esta, por si só, porá fim aos recursos da saúde. A lei 12.401, de 2011, que alterou a lei 8.080 dispõe sobre a incorporação tecnológica e confere tais poderes ao Ministério da Saúde, assessorado por uma comissão nacional de incorporação de tecnologias em saúde.

Se determinado remédio, mais barato, cura tanto quanto um mais caro, é óbvio que a indústria vai utilizar todos os seus recursos para vender o mais caro. Quem precisa balizar esse comércio é o Poder Público, tanto no que tange à regulação do mercado fabricante e comerciante quanto à demanda dos serviços públicos de saúde. A regulamentação do medicamento genérico é um exemplo de controle que o Poder Público pode e deve exercer nesta área.

As ações judiciais para obtenção de determinado medicamento nem sempre têm por fundamento real evitar maiores agravos à saúde. O mesmo ocorre com o avanço tecnológico. Estaria ele somente voltado para a melhoria da saúde? É lógico que não. O lucro é o que está em primeiro lugar. Daí, mesmo que desnecessários determinados aparatos tecnológicos, eles tendem a ser incorporados no sistema de saúde como imprescindíveis por força de influências e outras formas de pressão do *capital* sobre as reais demandas da saúde.

Por pertinente, transcrevemos aqui trecho de Aaron e Schawartz, conforme citação de Amaral¹²⁰

O fator mais relevante para o aumento dos custos com saúde em todo o mundo, e em particular nos Estados Unidos, é o contínuo progresso da tecnologia médica. (...) Ao contrário de outras indústrias, investimentos de capital e desenvolvimento tecnológico raramente resultam em substancial economia de custos de trabalho na indústria da saúde. A demanda por tecnologia de cuidados de saúde parece que não irá deixar de crescer.

Desse modo, a integralidade da assistência deverá pautar-se por regulamentos técnicos e científicos, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, limites para incorporação de tecnologia, protocolos farmacológicos. A integralidade da assistência, sob esse ponto de vista, não é um conceito que admite toda e qualquer terapêutica existente ou demandada por um paciente ou

¹²⁰ Amaral G, *op. cit.*, 2001, p. 142.

profissional de saúde. Há que se ter critérios para embasar a incorporação desta ou daquela tecnologia, desta ou daquela terapêutica ou medicamento. Com a lei 12.401, de 2011, acima citada, alguns parâmetros para a incorporação tecnológica no SUS foram definidos, passando a haver contornos mais nítidos, na linha do que defendo.

O quarto ponto delimitador é o disposto no art. 7º, VII, da lei nº 8080/90 que impõe como princípio do SUS a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática. Esse é princípio norteador dos planos nacional, estaduais e municipais de saúde e por consequência do gasto com saúde.

O critério epidemiológico (art. 7º, VII), de organização de serviços e populacional (arts. 35 e 37) devem pautar a política de saúde e a definição das prioridades, as quais devem estar consubstanciadas em planos de saúde – base de todas as atividades do SUS (art. 36, § 1º, lei 8.080/90) – financiado com a totalidade dos recursos previstos na EC 29/2000 e lei complementar 141, de 2012 e as transferências obrigatórias de recursos entre os entes federados. Alias, o § 2º do art. 36 veda a realização de qualquer despesa não prevista em plano de saúde.

O art. 35 da mesma lei, quando dispõe sobre o critério de rateio dos recursos da União para Estados e Municípios e dos Estados para seus Municípios, estabelece, novamente, o critério epidemiológico, o de organização de serviços e o demográfico como norte para o planejamento e programações em saúde.

Assim, cabe à autoridade na saúde planejar os serviços de saúde, de acordo com a epidemiologia, a organização de serviços e a demografia da região e elaborar a proposta orçamentária em conformidade com a EC 29, não sendo legítimo ao Judiciário interferir no plano de saúde elaborado nos termos da lei, ainda mais se se considerar que o plano de saúde deve ser aprovado pelo conselho de saúde local (participação social).

Na realidade o padrão de integralidade deve ser um pacto Estado-Sociedade para definir o que o SUS irá garantir ao cidadão para a efetivação do seu direito à saúde. Sendo os recursos finitos e as demandas infinitas há que se dar contornos jurídico, técnico e econômico ao conteúdo da integralidade que não

poderá ser um leque aberto ao infinito. A lei 12.401, de 2011, que altera a lei 8.080/90, dispõe sobre a incorporação tecnológica na saúde, dando pautas à incorporação que deve centrar-se em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de ter criado a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde, com a participação do Poder Público e da Sociedade.

O primeiro ponto da integralidade está em que é a integralidade da assistência à saúde a matriz da conformação do SUS em rede integrada de ações e serviços de saúde dos entes federativos, organizada de forma regionalizada e em níveis de complexidade crescente.

Não sendo viável a um único ente garantir a integralidade da assistência à saúde, é imperativo integrar as ações e serviços e organizá-los sob o formato de rede que também se regionaliza para dar consistência e adensar as funções executivas da autoridade sanitária criando escala e fortalecendo o escopo. Na realidade, a integralidade da assistência gera interdependência; ela não se completa nos serviços de saúde de um só ente da Federação. Ela só finaliza, muitas vezes, depois de o cidadão percorrer o caminho traçado pela rede de serviços de saúde, em razão da complexidade da assistência.¹²¹

Por isso afirmamos que a matriz organizativa do SUS é a integralidade exigindo integração, rede, região de saúde com compartilhamento da gestão do SUS. Esse tema perpassa todo esse trabalho, por isso desnecessário aprofundá-lo neste tópico.

4.1.6 A participação da comunidade: democracia participativa

O conselho de saúde representa a participação da comunidade no SUS, na forma determinada pela Constituição, art. 198, III e lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Foi lei 8.142, de 1990, em razão de essa diretriz ter sido vetada

¹²¹ Um município pode responsabilizar-se, exclusivamente, em razão de suas características epidemiológicas, populacional e de organização administrativa, pelos serviços denominados de atenção básica; outros poderão obrigar-se a responder pela atenção assistencial de média e alta complexidade e assim por diante.

na lei 8.080, de 1990,¹²² que estabeleceu as condições da participação da comunidade no SUS, mediante a organização de conselhos e conferências de saúde.

Desse modo a participação da comunidade no SUS se efetiva mediante representação da sociedade em órgãos colegiados deliberativos, fornecimento de subsídios às autoridades incumbidas da gestão dos serviços e ações de saúde e proposição ou reivindicação de medidas específicas destinadas a atender às necessidades da população.

O conselho de saúde, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores da saúde, e dos cidadãos, usuários dos serviços de saúde, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, devendo integrar a estrutura da secretaria da saúde, em caráter permanente e deliberativo e de maneira autônoma.

Interessante a redação do art. 58, da lei complementar paulista 791/95, que institui o Código de Saúde Paulista

a participação da comunidade na gestão do SUS é uma das formas de controle social de atuação do Poder Público, destinada a garantir o direito individual e coletivo à saúde, e se efetiva, institucionalmente, por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.

O seu art. 59 reza, ainda, que

as conferências de saúde e os conselhos de saúde, estaduais e municipais, são instâncias colegiadas, que expressam a participação da comunidade na gestão do SUS e no controle das ações e serviços de saúde.

Na realidade, a participação da comunidade no SUS, que também tem sido denominada de controle social, é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral.

Tenho defendido que a denominação *controle social* não tem a amplitude em que se insere a *democracia participativa* por ser ela uma forma de o cidadão estar

¹²² Na ocasião realizei um estudo sobre os vetos da Lei Orgânica da Saúde, disponível no site <www.idisa.org.br>.

presente nas decisões do Estado, atuando de maneira viva no dia a dia do Estado e não apenas se colocando numa situação *de exercício do controle de atos praticados, mas sendo também agente participativo*. Contudo, não será neste trabalho que irei discutir essa visão do controle social, mas apenas dizer o seu significado no âmbito do SUS por ter a Constituição, em seu art. 198, III, determinado como uma de suas diretrizes a participação da comunidade.

A presença dos usuários nos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), que é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos integrantes do colegiado, espelha uma conquista do SUS, sobretudo se considerar que os conselhos atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (§2º, art. 1º, lei 8.142/90).

Por meio deste canal institucional (conselhos de saúde) a comunidade pode agir no sentido das duas outras possibilidades de participação e cobrança: fornecimento de subsídios às autoridades gestoras do sistema e proposição ou reivindicação de medidas específicas de interesse da coletividade.

Aliás, cumpre registrar que o Código de Saúde do Estado de São Paulo (Lei Orgânica Estadual da Saúde), além de explicitar adequadamente as atribuições do Conselho Estadual de Saúde, criou a figura do ouvidor geral, um verdadeiro *ombudsman* para defender os legítimos direitos do cidadão administrado ou usuário e fiscalizar a atuação das autoridades e agentes administrativos.

A figura do *ombudsman*, que nasceu na Suécia e vem sendo adotado em todo o mundo nos mais variados setores da Administração Pública e da iniciativa privada, com outras designações além da original, como fiscal do povo, ouvidor, corregedor administrativo, inspetor geral, controlador do Estado etc., é importante instrumento de controle e fiscalização das atividades de um organismo público ou privado. O *ombudsman* ou ouvidor geral, como está no Código de Saúde do Estado de São Paulo,¹²³ é alguém que, pertencendo ao próprio serviço, tem poderes para agir independentemente na fiscalização e no controle dos serviços prestados ao público, sem receio de ser despedido durante o seu mandato.

¹²³ Lei complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

O *ombudsman* tem a função de receber as queixas e reclamações dos usuários ou consumidores, apurar os fatos e resolver as questões levantadas junto à direção do serviço ou da empresa, podendo também, por iniciativa própria, investigar fatos apontados na imprensa e outros do seu conhecimento eventual. Entretanto, o controle social pode estender-se em outras manifestações de garantia do direito humano à saúde e, sob determinado ângulo, mais eficazes – porque de efeitos preventivos e corretivos imediatos – do que os resultados decorrentes da atuação dos conselhos de saúde.

A principal dessas manifestações, de caráter verdadeiramente administrativo e de inigualável alcance político, consiste em colocar o cidadão no centro do processo de avaliação das ações e dos serviços de saúde. Quando a avaliação do desempenho do SUS e dos resultados produzidos deixar de constituir apenas uma tarefa de controle interno dos órgãos do Estado, invariavelmente orientada por critérios fixados unilateralmente e com utilização de indicadores quase sempre quantitativos e de formulação abstrata e distante da realidade, o serviço público de saúde ganhará autenticidade, porque corresponderá às necessidades reais da população. E será economicamente menos dispendioso, como acontece quando a qualidade (refratária ao desperdício) e erigida em exigência natural das pessoas, sejam servidores públicos ou não.

Com essa mudança na estrutura e no funcionamento do SUS, que provocará, fatalmente, o engajamento dos servidores públicos na sua missão na saúde, os resultados da sua atuação ganharão em eficiência e relevância social e o Estado deixará de ser o árbitro incontrastável do interesse coletivo.

O interesse coletivo se evidenciará por meios naturais, ou seja, mediante a declaração de necessidades dos destinatários do serviço e a avaliação dos serviços oferecidos pelo Estado. Essa é a manifestação mais importante do controle social: o cidadão e usuário no centro do processo de avaliação e o Estado deixando de ser o árbitro infalível do interesse coletivo, do bem comum.

A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde pode, aliás, incentivar e garantir esta participação concreta, que será mais ampla e se exercerá no dia a dia da dinâmica do SUS.

Outra manifestação do controle social exercido pelo usuário, cidadão e administrado se refere à exigência de mudança de mentalidade do servidor público da área da saúde, onde a matéria prima do trabalho é um bem de valor inestimável e as relações entre o prestador de serviços e o beneficiário são influenciadas pelo ânimo de cada um dos agentes. Mudança de mentalidade no sentido da *accountability* na administração pública, a busca do resultado e a responsabilidade por ele. Sentir-se parte. Querer o melhor resultado para o cidadão, enfim.

Num trabalho que apresentou, em 1987, para figurar uma coletânea de textos sobre *accountability* no serviço público e divulgado por Campos,¹²⁴ mostra que

o exercício da accountability é determinado pela qualidade das relações entre governo e cidadão, entre burocracia e clientelas. O comportamento (responsável ou não responsável) dos servidores públicos é consequência das atitudes e comportamentos das próprias clientelas. Somente a partir da organização de cidadãos vigilantes e conscientes de seus direitos haverá condição para a accountability. Não haverá tal condição enquanto o povo se definir como tutelado e o Estado como tutor.

Isto porque, sendo a *accountability* (ainda intraduzível entre nós, por ser um conceito cultural, uma questão de vivência da democracia) “sinônimo de responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo”, como esclarece a mesma autora, ela “tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, representatividade”, afirmando em seguida que

a medida que a democracia vai amadurecendo, o cidadão, individualmente, passa do papel de consumidor de serviços públicos objeto de decisões públicas a um papel ativo de sujeito. A mudança do papel passivo para o de ativo guardião de seus direitos individuais constitui um dramático avanço pessoal, mas, para alcançar resultados, há outro pré-requisito: o sentimento de comunidade. Em outras palavras, é a emergência e o desenvolvimento de instituições na sociedade que favorecem a recuperação da cidadania. A cidadania organizada pode influenciar não apenas o processo de identificação de necessidades e canalização de demandas, como também cobrar melhor desempenho do serviço público. Este parece ser o caminho para a accountability.

¹²⁴ Campos AM, abril de 1990.

É oportuno transcrever, aqui, o teor da sugestão feita à uma equipe do Governo do Estado de São Paulo nos anos 90, por Carvalho¹²⁵, visando à busca e manutenção da qualidade dos serviços públicos e a um novo conteúdo da relação Estado-Sociedade:

Não obstante saber-se que o êxito do Serviço Público depende, fundamentalmente, do estágio de cultura política do povo (conscientização do cidadão para exigir dos Poderes os seus direitos de cidadania): que a responsabilidade objetiva do prestador de serviços públicos (o Estado, como um todo, e os agentes públicos individualmente considerados) é uma decorrência dos avanços democráticos, informador da relação Estado/Sociedade; em que só o tempo pode trazer resultados positivos em prol do fortalecimento da Sociedade diante do Estado. O Governo pode promover, apoiar e influir o processo de conscientização para inverter os valores dessa relação Estado/Sociedade, de modo a que o cidadão passe, de destinatário nominal dos serviços públicos e virtual usuário ou consumidor, a credor exigente desses serviços, em termos de oportunidade, qualidade e resolatividade. Cabendo ao Estado garantir o bem-estar e a justiça social, como objetivos de uma ordem social que tenha por base o primado do trabalho (art. 193 da Constituição da República), o seu primeiro dever é favorecer a democracia, nas múltiplas expressões com que ela se apresenta no contexto de uma nação. E a expressão mais viva, mais forte e mais aprimorada de democracia - na ótica da relação Estado/Sociedade - se dá no tocante à responsabilidade na prestação de serviços e à exigibilidade de serviços de qualidade, adequada e oportunamente, por parte do cidadão e da sociedade como um todo.

As medidas sugeridas na época foram:

Finalidade: restauração do conteúdo político e ético da relação Estado/Sociedade, visando impor o primado interesse coletivo na ordem social e econômica. Objetivos: a) garantir ao cidadão a exigibilidade de serviços públicos de qualidade, prestados oportunamente e de modo eficaz; b) melhorar a qualidade dos serviços; c) dar efetividade e resolatividade aos serviços prestados; d) evitar desperdícios; e) identificar os órgãos e os agentes públicos responsáveis pela prestação dos serviços, corrigir as distorções e desvios da Administração e punir os agentes faltosos.

Instrumentos: a) afastar os obstáculos tradicionais à comunicação entre o Estado e a Sociedade (Administração e Cidadão, Governo e Clientela), como a burocracia, a falta de transparência, a impunidade dos servidores e dirigentes faltosos, a excessiva

¹²⁵ Carvalho GI, 1991, Documento impresso. Arquivo pessoal da autora.

normatização e regulamento; b) criar mecanismos ágeis de controle e cobrança, pelo cidadão e usuário, da atuação do Poder Público (mecanismos internos e externos, autônomos no tocante à fiscalização); c) dar publicidade aos seus atos; d) possibilitar a participação da sociedade na formulação de políticas e definição de programas adequados às necessidades do povo; e) tornar eficaz a articulação entre os órgãos da administração direta, indireta e fundacional, para evitar a duplicidade de meios para os mesmos fins, garantir a ampliação e a melhoria dos serviços etc..

Justificação: A medida ora proposta se justifica pelos seus próprios fundamentos.

Mas não é demais dizer que é daquelas medidas que marcam uma administração e definem um estilo de governo, porque a sua prática passará a permear as ações e os serviços do Poder Público, caracterizando, nitidamente, a relação entre o Estado e a Sociedade. No fundo, é um instrumento da democracia; ou da construção da democracia possível em nosso estágio cultural. Se adotada no início do Governo, balizará desde logo a atuação dos novos dirigentes do primeiro ao último escalão da hierarquia. Creio que nesta onda da conscientização de direitos o controle vai-se definir e consolidar. Do ponto de vista do direito, dos instrumentos com que o Estado armou a sociedade, temos hoje alternativas de solução para cada tipo de violação, pelo Estado, dos seus deveres sociais.

A mobilização da comunidade já se faz sentir na sociedade brasileira no sentido de participar das decisões governamentais de interesse geral e de exprimir livremente as suas reivindicações. A consciência da cidadania é um fato que a Constituição de 88 apenas registrou ao enunciar direitos sociais. Mas falta muito ainda para alcançarmos o estágio, já atingido por outros povos, em que o Estado presta contas a Sociedade, em que o Estado ouve a Sociedade, em que o Estado volta atrás quando decisões são tomadas em dessintonia com o interesse coletivo.

De qualquer forma, como o exercício do controle social da atuação dos Poderes Públicos, com efeitos positivos, é uma decorrência da prática da democracia, é importante que os cidadãos continuem se organizando em associações, as mais diversas (de consumidores, de pais e mestres, de profissionais, de comunidades eclesiais, de moradores de bairro e outras), e prossigam exigindo do Estado o cumprimento do seu papel em favor do bem-estar social.

A *accountability* da administração pública só acontecerá, de fato, se houver mudança no conteúdo da relação governo-cidadão. E esta mudança só

produzirá efeito na medida em que os cidadãos efetivamente ampliem e consolidarem as suas organizações e passarem a exigir os seus direitos, em qualquer instância, perante quem quer que seja, e em todas as ocasiões em que ocorrer violação do dever do Estado. A mobilização da comunidade é, na verdade, o mais poderoso instrumento de controle social, com evidente repercussão no processo de representação popular, na composição dos tribunais e nas linhas de atuação dos meios de comunicação.

Os instrumentos de representação e medidas judiciais existem e devem ser utilizadas pelo cidadão, como, dentre outras, os conselhos e as conferências de saúde aqui tratadas, o Ministério Público, a ação popular, o mandado de segurança coletivo, o habeas data, as comissões do Poder Legislativo, as audiências públicas, os tribunais de contas.

Capítulo V. Harmonização entre autonomia e interdependência: regionalizando a descentralização – rede interfederativa de saúde

5.1 Introdução

O que venho propondo como caminho para harmonizar a *autonomia federativa* e a *interdependência na garantia do direito à saúde* existente no Sistema Único de Saúde um conjunto de medidas que visam à consolidação política do SUS, superando as antinomias jurídicas e encontrando a necessária harmonia operativa do SUS. Conjunto esse implementado no estado de Sergipe, conforme veremos no próximo tópico, e que agora dele se ocupa o Ministério da Saúde em razão do decreto 7.508, de 2011, e da recente lei 12.466, de 2011. Na realidade, muitas de minhas propostas acabaram sendo implementadas da data da apresentação do projeto desta tese de doutorado até os dias de hoje, e todos eles contaram com a minha participação, o que demonstra a cabal pertinência do que se propõe neste trabalho como um caminho da harmonia organizativa do SUS.

Nesse sentido, passo a apresentar a proposta da rede interfederativa de saúde como um dos elementos que poderia congrega todos os demais que entendo como pertinentes para superar os impasses organizativos e operativos do SUS, entre eles a região de saúde, a rede de atenção à saúde, as instâncias de pactuação e o contrato de ação pública, todos agora na ordem do dia em razão dos recentes provimentos normativos mencionados.

5.2 Conceito de rede de saúde¹²⁶

A sociedade hoje está configurada como uma *sociedade em rede*, com a tecnologia da informação, desde o fim do século XX, promovendo uma revolução e introduzindo profundas e drásticas mudanças sociais, com transformação de toda a economia no mundo e fortes reflexos para o Estado. Um sistema de interdependência das economias ou de segmentos de economias no mundo vem funcionando *como uma unidade em tempo real*.¹²⁷

O sistema de rede de organizações tem como elemento decisivo a utilização das tecnologias da informação. O desenvolvimento dessas tecnologias permite a difusão de relações, seja no campo que for. Nos dias de hoje, a rede pode ser implementada em todos os tipos de organizações. Nas relações econômicas, em que ela mais acontece, a possibilita a diminuição de custos e a crescente penetração nos mercados, objetivando sempre melhores resultados econômicos, ou melhor dizendo aumento dos lucros e a concentração descentralizada de poder econômico.

No mundo globalizado, aparentemente sem fronteiras pela internacionalização da produção, as empresas operam sob uma visão plana de seus processos produtivos – o que lhes permite, por exemplo, contratar um profissional na Argentina para produzir na fábrica de Santiago do Chile, entregar o produto no Iraque e receber no Brasil –, construindo assim uma rede de serviços e processos que lhe possibilita ser mais econômica e obter mais lucro. Aqui, as redes são organizadas e operadas por diversos entes privados, que se congregam em torno de um fim comum: o baixo custo, a internacionalização da produção e o lucro.

Essa complexidade do mundo globalizado, e dotado de alta tecnologia e acesso à informação, certamente impõe aos próprios Estados soberanos a necessidade de abrir mão de uma parcela de sua soberania e independência em nome da resolução de problemas comuns, os quais não seriam resolvidos de maneira isolada. Além disso, há fortalecimento de poder quando países se juntam, como é o caso da União Europeia.

¹²⁶ Algumas partes deste texto foram retiradas de um artigo *Redes Interfederativas de Saúde*, de minha autoria em conjunto com Andrade (Santos L e Andrade LOM, 2011).

¹²⁷ Castells M, 1999, p. 40.

A mudança do mundo é tão rápida e intensa que tem levado diversos pensadores a refletir sobre o próprio papel do Estado no mundo contemporâneo. A crise do Estado não é de hoje e não será sanada tão rapidamente, devendo contudo, em tempo menor, ter reveladas algumas tendências que pautarão num futuro próximo como será a constituição e o funcionamento do Estado.

Na rede, à medida que seus componentes abrem mão de determinados poderes isolados – insuficientes por si só para garantir a efetividade dos direitos sociais –, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública, que é aquela que se fundamenta no consenso, na negociação.

Na arena pública, tenta-se há anos estruturar redes de serviços como forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de Estado não é capaz de sustentar esses direitos, operando serviços na maioria das vezes com desperdício de tempo e de recursos, gerando dificuldades na expansão desses serviços e no acesso a eles, o que por fim acaba isolando o Estado do povo a quem ele deve servir.

Vê-se, pois, que na área pública não se pode fugir do formato de redes de serviços sociais sob pena de não se garantir os direitos que se pretende proteger. Só que a lógica e o fundamento da rede na administração pública não são o lucro, mas a efetividade da garantia de direitos sociais. A necessidade de interligar serviços tem o objetivo de melhorar sua eficiência e diminuir custos, expandir o acesso e interligar as políticas sociais intersetoriais, sempre com vistas à obtenção de ganhos em qualidade, eficiência, economicidade e alcance de seus fins. Ao se unirem, os serviços se fortalecem.

Entendemos que a interdependência de determinadas ações e serviços requer que sejam inaugurados novos paradigmas para sua organização, coibindo o desperdício de recursos públicos pela falta de eficiência e racionalidade.

Fleury traduz em artigo¹²⁸ essa nova necessidade de organizar em redes os serviços sociais (todos juntos, em nome de um bem comum) por ser a rede a forma de se coordenar ações e serviços espalhados por diversos entes, mantendo a

¹²⁸ Fleury S, 2002.

unidade na diversidade de estruturas político-jurídicas, administrativas, territoriais e técnicas.

Contudo, rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, mas é necessária a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. Há de se garantir uma institucionalidade, uma organicidade à rede, com o fim de potencializar seus recursos e meios.

Na organização de uma rede, todos devem reconhecer explicitamente suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições, desnível de mando – juntos, todos devem construir condições jurídicas, administrativas e de informações para operar serviços, sistemas e organizações.

É crucial que as correlações de forças na rede sejam centradas na partilha do poder decisório e que os entes corresponsáveis tenham – em razão da interdependência que sabem existir e que reconhecem explicitamente – determinadas garantias que evitem a insegurança de alguns ou de todos.

Isso requer a definição explícita de regras e a realização de acordos inequívocos, que deem suporte a essa relação interorganizacional, como: quem são os participantes, quais os recursos envolvidos, as responsabilidades de cada um e as da rede, os objetivos, o planejamento conjunto, a definição da coordenação compartilhada e demais elementos necessários à garantia de elos seguros.

Na rede, tem de haver cooperação e coordenação compartilhada: todos colaboram e atuam ao mesmo tempo e para o mesmo fim; na coordenação há um sentido de ordem, de proporção, de ligação de coisas sempre unidas.¹²⁹ Numa rede deve haver tanto esse sentido de ordem, proporção ou ligação, como também a cooperação durante todo o processo, o agir.

Entretanto, não podemos deixar de reconhecer que as redes de serviços na arena pública, além das vantagens, encerram alguns riscos. Há necessidade de seus organizadores atentarem para os pontos fracos a fim de evitá-los, mediante ações saneadoras permanentes.

¹²⁹ Moraes Silva, 1987.

AS REDES NA ARENA PÚBLICA

VANTAGENS

Democratização do conhecimento

Descentralização integrada

Processos administrativos horizontais

Cooperação

Surgimento de novas lideranças

Planejamento integrado

Reconhecimento das dependências e interdependências

Conhecimento das múltiplas realidades

Respeito às diversidades socioculturais

Fortalecimento contra pressões externas

Aumento da eficiência administrativa e técnica

Otimização de recursos

Negociação-consenso

Valorização das relações de confiança

Solidariedade e compartilhamento

RISCOS

Descentralização concentrada

Fragmentação da autoridade

Desinteresse diante de novas informações e conhecimentos

Perda de controle dos processos

Perda da autonomia política dos mais fracos

Individualismo e personalismo

Conflitos permanentes

Negociação infundável

Cooptação dos mais fracos

Acomodação diante das negociações

Falta de capacidade gerencial para novas atribuições

Excesso de controle diante da complexidade do sistema de rede

Desequilíbrio de poder

A nova ou mais moderna administração pública já reconhece isso, e vem atuando como um Estado-rede, um Estado negociador-consensual, que dialoga entre si e com seus administrados.

O SUS nasceu na mesma época em que se aprofunda o desenvolvimento das tecnologias da informação sob o formato de rede de serviços.

Conforme já constatamos, o art. 198 designa o SUS como *único*, em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos.

Bastariam essas duas características – *ser único* ao mesmo tempo em que *é descentralizado* – para impor a esse sistema um modelo de rede no qual todos os envolvidos se interconectam e se mantêm como unidade autônoma em torno do bem protegido, que é a saúde humana.

Na realidade, é o conceito de integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente.¹³⁰

É a partir da integralidade que todo o sistema tem que manter essa configuração de rede, o que passará a exigir dos entes federativos uma série de atos jurídico-administrativos que possam dar consistência ao mandamento constitucional, tanto quanto tornar realidade *uma verdadeira rede de serviços, operada por entes autônomos entre si, mas interdependentes na prestação de serviços de saúde*.

A lei 8.080, de 1990 impõe em muitos dispositivos a gestão compartilhada.

Vejamos:

- a) a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional é *ação conjunta* da União com os estados, o distrito federal e os municípios; o planejamento e o orçamento do SUS têm caráter *ascendente*, da base local à esfera federal, impondo uma *articulação* entre esferas de governo;
- b) a construção do plano de saúde, sendo participativa, contando com a atuação da comunidade, implica responsabilidade do ente federado para com sua população, que não poderá ser olvidada pela direção central do SUS;

¹³⁰ Capra FJ, 2006.

c) a participação do município no planejamento e na organização de rede regionalizada e integrada; o Sistema Nacional de Auditoria deve ser operado mediante ação conjunta dos estados e municípios com a União.

d) o Sistema Nacional de Auditoria que deve ser operado mediante ação conjunta dos estados e municípios com a União.

Aliás, os princípios e as diretrizes do SUS, sua forma de organização e gestão e seu financiamento estão todos alinhados a uma nova concepção de administração pública, tão bem tratada por Odete Medauar na obra *O direito administrativo em evolução*. As transformações do Estado ressaltadas pela autora, a partir da década de 1990 e do início do século XXI, estão expressas na concepção do Sistema Único de Saúde, nascido com a Constituição de 1988 e disciplinado pela lei nº 8.080, em 1990.

Podemos afirmar que o SUS traz em seu bojo todos os elementos que caracterizam a nova administração pública,¹³¹ conforme abaixo:

MODERNA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	ORGANIZAÇÃO DO SUS
<i>Descentralização administrativa de órgãos centrais para regionais e locais</i>	<i>No SUS isso é uma realidade, conforme determinam o art. 198, I, da CF e o art. 7º, IX, da lei nº 8.080/90.</i>
<i>Participação do cidadão na tomada de decisões públicas</i>	<i>Conferências e conselhos de saúde (art. 198, III, da CF e lei nº 8.142/90)</i>
<i>Ampliação da parceria público-privada.</i>	<i>A saúde prevê a participação do setor privado, de forma complementar, em seu sistema público. Dos serviços públicos, 50% são contratados ou conveniados do setor privado (art. 199, § 1º, da CF e art. 24 da lei nº 8.142/90).</i>

¹³¹ Medauar O, 2003, p. 134.

<i>Ampliação da regulação, fiscalização e controle do setor privado, que tem liberdade para atuar em sua área</i>	<i>Competência conferida pelo art. 197 da CF aos entes públicos, para regular, fiscalizar e controlar as ações e os serviços públicos e privados de saúde, por serem considerados de relevância pública.</i>
<i>Valorização do cidadão usuário dos serviços públicos</i>	<i>Os conselhos gestores existentes nos serviços de saúde seguem essa linha de valorização do usuário. Há também algumas leis sobre os direitos do paciente, como no estado de SP e no Pacto pela Saúde 2006.</i>
<i>Transparência da gestão</i>	<i>A lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, no art. 12, exige que o gestor da saúde apresente nas casas legislativas, em audiência pública e trimestralmente, relatório de gestão parcial. O relatório de gestão anual é outro instrumento de transparência da gestão.</i>
<i>Financiamento multilateral, exigindo compartilhamento das responsabilidades e decisões consensuais</i>	<i>No SUS, existem as Comissões Intergestores, que discutem de forma compartilhada aspectos da gestão do sistema.</i>
<i>Participação de outros entes no controle do serviço público</i>	<i>Participação cada vez mais frequente do Ministério Público nas questões de saúde. Isso implica novas formas de controle, não apenas a dos tribunais de contas.</i>
<i>Rede de serviços em que ocorre multiplicidade de entes públicos, que interagem interligando-se sem hierarquia, mas de forma interdependente.</i>	<i>O art. 198 da CF descreve o SUS como uma rede regionalizada de serviços. O SUS exige interação, consenso, interligação.</i>

No SUS, o formato de rede é ínsito à sua organização jurídico-administrativa dando ensejo a rede interfederativa de saúde. E, por rede interfederativa não podemos entender as redes de atenção à saúde das regiões de saúde e suas linhas de cuidado. A rede interfederativa é aquela dotada de elementos administrativos capazes de harmonizar as aparentes antinomias jurídicas, fazendo surgir dentro do sistema elementos de união e coesão das estruturas administrativas dos entes federativos, associadas a outras que precisam ser instituídas no SUS.

Antes de definir a rede interfederativa, penso ser mais didático conceituar, de maneira sucinta, as diferenças existentes entre rede interfederativa de saúde, rede de serviços, ou assistencial, ou de atenção à saúde (serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde) e linha de cuidados, para depois discorrer sobre as redes interfederativas de saúde em si.

5.3 Rede de serviços de saúde

Rede de serviços de saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica e inteligência técnico-sanitária.

A integração dos serviços em redes, sejam organizadas por especialidade, por nível de atenção, por ciclo de vida ou por outros critérios, deve ter a finalidade de melhorar sua eficiência e racionalidade. Além disso, deve produzir economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evitar duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados. Enfim, deve ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa.

A rede de serviços deve ainda:

- a) definir portas de entrada;
- b) ordenar o acesso por ordem cronológica e de risco;
- c) oferecer atendimento adequado às necessidades do paciente;
- d) racionalizar a oferta de serviços e a incorporação tecnológica;
- e) definir as linhas de cuidados;
- f) integrar os sistemas de informação;
- g) evitar a repetição de exames e de anamneses;
- h) permitir aos profissionais o acesso a prontuários e exames de modo informatizado e integrado;
- i) permitir, quando for o caso, o monitoramento do paciente para evitar complicações;
- j) criar uma hierarquia de complexidade de serviços e organizar os encaminhamentos de acordo com uma inteligência sanitária;
- k) oferecer educação sanitária ao cidadão, para fomentar maior responsabilidade para com a própria saúde, e outros elementos que criem eficiência, resolutividade dos serviços, melhoria da qualidade e coíbam a duplicidade de meios para o mesmo fim, princípio do SUS e que também rege a administração pública.

Além do mais, a rede de serviços precisa de fato ter a atenção primária como ordenadora do sistema, devendo-se realizar a integração de serviços de maneira referenciada a essa atenção, a fim de valorizá-la como ação e serviço da promoção da saúde, mais do que de recuperação.

A rede deve garantir que o conhecimento humano e o aparato tecnológico sanitário, organizados de modo racional e compartilhado entre os entes federativos, estejam à disposição do profissional da saúde e do usuário,

numa rede que se articula, permeia territórios de diversos entes federativos, é contínua e resolutiva.

Em resumo, podemos afirmar de maneira abrangente que rede de serviço, ou de atenção à saúde, é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais que permitem uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde do indivíduo. Só assim a integralidade da assistência, princípio que informa e conforma o SUS como rede (art. 198 da CF e art. 7º, II, da lei 8.080/90), será atendida, lembrando que o conceito de integralidade garante ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados *dentro do sistema*, ou seja, na rede de saúde, e nunca isoladamente em um município.

É importante ressaltar que, na rede de saúde, a interconexão dos serviços e de todo o aparato tecnológico e humano que a integra pertence a entes federativos, autônomos. Nesse sentido, há que se respeitar essa autonomia no tocante à organização das carreiras de servidores, salários e outros. Podem-se propor parâmetros nos consensos interfederativos, mas isso nunca pode ser uma imposição, sob pena de ferir a autonomia dos entes em sua auto-organização.

Deve-se lembrar sempre que as redes de saúde resultam da interação, da interconexão de serviços de entes que se juntam de modo organizado, mediante regramentos predefinidos, sem perda de autonomia – uma *interdependência sem fusão*. Trata-se de unidades que se irmanam e se totalizam, sem perder a característica política de ente autônomo.

5.4 Linha de cuidados

Em relação à linha de cuidados definida comumente como um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados

riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a ser ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.

A linha de cuidados visa à racionalidade e à qualificação de serviços na rede em relação ao cidadão, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho qualificado e facilitado para ter acesso aos serviços da rede, em razão do diagnóstico e da terapêutica que lhe foi prescrita. A linha de cuidados permite o acompanhamento adequado, racional e humano, em virtude da maior gravidade da doença, do tempo de tratamento (casos crônicos) ou do ciclo de vida. A linha de cuidados nos remete à racionalidade da organização dos serviços, ao caminhar qualificado da pessoa dentro da rede e a seus pontos de serviços que devem ser sistêmicos.

Dizendo de outro modo, na linha de cuidados o paciente tem acesso aos serviços de saúde de maneira sistêmica, conectando pontos (serviços especializados) dentro das redes, capazes de garantir, de modo racional e humano, a saúde do usuário. Essa racionalidade organizativa deve se dar em razão da complexidade ou gravidade do diagnóstico, de características especiais do paciente (tratamentos mais difíceis ou mais duradouros), da importância de um acompanhamento mais criterioso etc. Trata-se da inteligência sanitária produzindo racionalidade qualitativa do percurso de determinados pacientes na rede, um caminhar com lógica técnico-sanitária, para melhor resolubilidade.

5.5 Rede interfederativa de saúde

O Sistema Único de Saúde requer que todos os serviços de todos os entes federativos se *integrem para constituir uma rede de serviços e ser um único sistema*, capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde.

Sendo o Brasil um Estado federal, conforme disposto no artigo 18 da CF *“a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição”*, muitas são as dificuldades jurídico-administrativas para organizar e operar esse sistema, que tem como um de seus fundamentos *a interdependência dos entes federativos na garantia do direito à saúde, uma vez que não se explicitou (e nem deveria) o que cada ente deve fazer na rede.*

A saúde difere dos demais serviços públicos, como é o caso da educação, cujos sistemas, de acordo com o disposto no artigo 211 da CF, são múltiplos – o municipal, o estadual e o federal –, devendo os entes federativos, para atingir determinados objetivos constitucionais e legais, tão somente colaborar entre si, sem a necessidade de *unirem* seus serviços e recursos em *uma única rede*, como é o caso da saúde.

O sistema municipal de educação, ainda que interesse ao estado tanto quanto ao município vizinho, não requer a *irmanação* dos serviços de um município com os do vizinho ou os do estado, para a garantia do direito à educação. São sistemas que se interconectam, numa visão sistêmica do serviço oferecido, mas a interconexão de um serviço de educação municipal com outro não é essencial para a garantia do direito à educação, como acontece com a saúde, em razão da integralidade da assistência.

Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros, para compor uma rede capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes.

Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia.

A rede interfederativa se caracteriza pela necessidade de haver, no SUS, *gestão* intergovernamental, e não apenas *relações* entre os governos. Na saúde, é imperioso haver gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite.

O SUS é uma política pública dotada de elementos que exigem um modelo de gestão mais condizente com as tendências atuais da moderna administração pública, que deve atuar mais próxima do cidadão e mediante permanente articulação entre os entes políticos, que são alguns dos princípios e diretrizes do SUS inerentes à gestão compartilhada (gestão em rede).

<i>Princípios e diretrizes do SUS</i>	<i>Valores</i>	<i>Resultados</i>
<i>Descentralização político-administrativa</i>	<i>Novos atores participando da gestão de serviços públicos (princípio da subsidiariedade que pauta a moderna administração pública)</i>	<i>Expansão dos serviços e maior proximidade entre os gestores e com a própria população</i>
<i>Integralidade da assistência à saúde: a pessoa vista integralmente</i>	<i>Integração dos serviços entre entes públicos e gestão compartilhada (rede de serviços)</i>	<i>Mais eficiência na ação pública, com melhores resultados e economicidade</i>
<i>Participação social</i>	<i>Administração pública mais próxima da sociedade, em ação conjunta, promovendo a interação entre poder público e sociedade</i>	<i>Atuação direta da população na atividade administrativa, com resultados mais próximos aos interesses da sociedade; uma administração que rompe com a dualidade administração/administrado</i>

<i>Financiamento tripartite e solidário</i>	<i>Planejamento ascendente e integrado</i>	<i>Gestão intergovernamental, que permite o conhecimento das realidades locais e privilegia a negociação e o consenso, em detrimento da hierarquia e da regulação</i>
---	--	---

A instituição de uma rede interfederativa de saúde altera substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, superando a *dicotomização entre a administração e a política*.¹³² Na descentralização pública, a autoridade central deve interagir com a autoridade local, por meio da negociação e do consenso, expandindo seus conhecimentos acerca das reais necessidades locais, o que permite melhor avaliação dos resultados.

A rede fortalece os vínculos dos envolvidos, por se associarem com a intenção de cooperar, e não de impor; de colaborar e compartilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para perto das autoridades centrais a realidade dos territórios. Esse último ponto é fundamental. Surge assim o pluralismo, a multiplicidade de interações, a proximidade sem fusão, a unidade sem isolamento.

A rede interfederativa de saúde é composta por entes autônomos que, sozinhos, podem existir, mas seus resultados são parciais e não garantem a integralidade da assistência por faltar um fio condutor entre os serviços. E os serviços de saúde devem ter como fio condutor a integralidade da assistência à saúde, que não se satisfaz no território do ente federativo, mas dentro do sistema de saúde. Quando esses entes estão organizados em rede e região de saúde, os resultados são inteiros, e a integralidade da assistência se torna realidade.

Nesse passo, impõe-se diferenciar a rede interfederativa de saúde das organizações ou profissionais que compõem a rede de serviços e cuja principal função é prover os serviços sanitários de forma integrada (hospital, centro de

¹³² Fleury S, 2002.

saúde, equipe de saúde etc.). Sabemos que, quando se fala em rede interfederativa, ou até mesmo em sistema de saúde, é comum confundi-los com os próprios serviços de saúde. Entretanto, há que se separar conceitualmente um do outro para se compreender a rede interfederativa de saúde e suas especificidades, uma vez que ela comporta a interação federativa mediante colegiados de entes federativos, que vão negociar e produzir consensos e dotar os consensos de segurança jurídica mediante contratos, que se diferenciam da rede de serviços propriamente dita.

A rede interfederativa engloba a rede de serviços, mas não é a mesma coisa; a rede de serviços tem postos de saúde, hospitais, tecnologias, profissionais, unidades; a rede interfederativa tem colegiados e agentes políticos que *deliberam sobre o sistema*. A rede interfederativa é o todo; a rede de serviços, uma parte desse todo. Trata-se de um entrelaçamento de redes, fortalecendo umas às outras e se regulando de maneira conjunta mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade. De modo figurado, pode-se afirmar que a rede interfederativa de saúde é o continente, e a rede de serviços, o conteúdo.

A rede interfederativa comporta em si serviços de saúde em todas as suas formas: por nível de atenção ou especialidade, por ciclo de vida, por gênero, por patologias, e assim por diante, conforme a melhor técnica e a inteligência organizativa sanitária.

Ela é a interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde (ações e serviços), que devem conjuntamente, em espaços como os colegiados, decidir de comum acordo todas as questões referentes à saúde, como planejamento integrado, financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede, fiscalização. Para manter a unicidade do sistema, há que se definir conjuntamente o padrão de integralidade (uma relação nacional de ações e serviços de saúde), critérios de incorporação tecnológica, regulamentos técnicos, protocolos clínicos, critérios para controle e avaliação, entre outros fatores. A rede interfederativa deve ter como abrangência o Estado federal (nacional) com seus recortes políticos (União, estados, distrito federal e municípios) e pode ainda se organizar por regiões (interestadual, metropolitana, regional e intermunicipal).

A rede interfederativa de saúde, de âmbito nacional, se subdivide em rede de âmbito estadual e regional. Poder-se-ia dizer que ela é o elo que alimenta e

realimenta todas as redes de todos os serviços e ações. É a complexa forma política de compartilhamento e interdependência dos entes federativos na gestão da saúde, dotados dos elementos necessários à sua interação.

É importante ressaltar que o SUS, ao longo de todos esses anos, teve sua organização pautada pelo financiamento federal, e não pelas necessidades de saúde da população local, regional, estadual. Os ditames da lei nem sempre foram a pauta para sua organização, tampouco os resultados pretendidos. Sempre o financiamento federal foi sua pauta maior.

Esse tema foi bem discorrido em obra lançada em 2007,¹³³ quando dissemos que

a lógica da organização pautada pelo financiamento nos leva a inferir, por consequência, que a concepção do SUS, inscrita na Carta Constitucional e nas leis nºs 8.080 e 8.142/90 nem sempre foi o que orientou a sua organização, tampouco os resultados qualitativos pretendidos, mas sempre o financiamento federal regulado por normas operacionais federais (portarias ministeriais).

Conforme se disse neste trabalho, foram as NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001, NOAS-SUS 2002 (todas aprovadas por portarias ministeriais) que orientaram a organização nacional do SUS e seu financiamento federal. Quando da edição da NOB 01/92 pela portaria 234/92, verificou-se, ainda que timidamente, um avanço no tocante à descentralização das ações e serviços de saúde. Naquele mesmo ano foi editada a portaria MS nº 1.180/92, que criou a Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de instituir um espaço de discussão colegiada de entes federativos sobre a implementação, organização e financiamento do SUS. Contudo, tal portaria não logrou efeito, e a referida comissão não chegou a se concretizar na prática. No fim do ano de 1992, quando já estava sendo gestada no interior do Ministério da Saúde a NOB-SUS 01/93, foi colocada em prática as determinações da portaria e instituída a Comissão Intergestores Tripartite, espaço de compartilhamentos dos gestores da saúde das três esferas de governo. Com a edição da NOB 01/93 foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite, as quais deveriam se organizar nos estados, no âmbito das secretarias estaduais da saúde, com a participação dos municípios.

¹³³ Santos L, Andrade LOM, 2007, p. 27.

É oportuno chamar a atenção para o fato de terem sido criadas comissões de gestores da saúde e não de entes federativos, representados pelos seus governantes (governadores e prefeitos). Aliás somente agora o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde passaram a adotar o conceito de que as articulações deveriam ser entre os *entes federativos*, e não tão somente entre os gestores da saúde (secretários de saúde). Esse talvez tenha sido um erro na gestão do SUS por não vincular os chefes dos poderes executivos, detentores dos mandatos políticos, mas apenas os gestores da saúde, muitas vezes mais transitórios que os mandatários do poder político executivo e sempre com menor poder de decidir os caminhos do SUS. O SUS ficou parecendo ser um ‘*governo*’ dentro do governo e não um ‘*setor*’ dentro do governo.

A questão interfederativa – posta desde o nascedouro do SUS – ficou apagada nas discussões dos gestores, que tentaram alçar o setor da saúde a um cenário apartado do chefe do executivo, um tanto quanto pretensioso ou de forte organização setorial que, contudo, foi deletério para a governança da saúde e sua segurança política e institucional.

Essa visão segmentada não trouxe bons frutos para a consolidação do SUS nos ideários dos detentores do mandato eletivo. Ela agora passa a ser considerada, com o Ministério da Saúde dotando uma secretaria ministerial de um departamento de articulação interfederativa, cujo papel central é manter diálogo permanente entre os entes da Federação, com a intenção de garantir consensos que possibilitem uma gestão compartilhada da saúde pública.

A operacionalidade das redes de atenção à saúde no território regional ou região de saúde somente poderá ocorrer mediante negociação-consenso entre os entes federativos implicados na rede. Não há outro caminho democrático e federativo. Por isso, os espaços de articulação interfederativa no SUS são essenciais. É por meio desses espaços que se ganha governabilidade na rede, lembrando que a governabilidade pressupõe a adesão do chefe do executivo em relação às questões da saúde. Não basta o secretário da saúde acordar; esse acordo deve se estender à vontade política de seu chefe do Poder Executivo.

5.6 Onde negociar e realizar os consensos na saúde? Colegiados Interfederativos

Como já vimos, sendo o SUS um sistema de execução descentralizada, sua gestão interconectada deve ser objeto de acordos entre os entes federativos, que devem respeitar as diferenças geográficas, demográficas e socioeconômicas uns dos outros e contribuir para erradicar as desigualdades regionais e locais, tornando realidade a integralidade da assistência à saúde.

O desempenho de atividades comuns, idênticas como é o caso da saúde e que não podem ser realizadas isoladamente, mas sim conjuntamente por uma multiplicidade de entes conduz à necessidade de atuação harmônica, uma vez que o *exercício isolado pelos diversos entes administrativos das respectivas competências* não satisfará o interesse público¹³⁴. A integração e cooperação são elementos essenciais para o cumprimento adequado das competências comuns exigindo permanente articulação.

A partir configuração jurídico-administrativa do SUS, apenas colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados, todos autônomos entre si, ao mesmo tempo em que são interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde dentro do sistema (rede). Os colegiados serão capazes de unir entes autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir a autonomia de cada um, uma vez que toda decisão deverá ser consensual (consensos interfederativos de saúde).

Os colegiados interfederativos devem ser dotados de institucionalidade e segurança jurídica para de fato ser o *locus* da negociação-consenso, garantindo assim governança compartilhada da rede regionalizada de ações e serviços de saúde, conforme requerer a Constituição. Por esse motivo é imperioso definir as atribuições dos colegiados, dotar de segurança jurídica seus consensos, dispor sobre sua conformação.

¹³⁴ Justen Filho, p.77, 1996.

Esses colegiados, compostos pelos entes federados, deverão ter suas decisões consensuais consubstanciadas em documentos jurídicos (avenças), como contratos que organizem a ação da saúde, definindo as responsabilidades de todos os entes nessa rede interfederativa.

As Comissões Intergestores Federal, Estadual e Regional (o SUS é essencialmente regionalizado) existentes no SUS precisam ser institucionalizadas e ter segurança jurídica, devendo ser pautadas pela lei, e não por portarias.

O Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ), composto pelos secretários estaduais de Fazenda e ministro da Fazenda, com a finalidade de decidir em conjunto a política estadual tributária para evitar distorções e guerras fiscais, foi instituído a partir do disposto no art. 2º da lei complementar 24, de 7 de janeiro de 1975 e guarda correlação com as instâncias intergestores do SUS.

Recentemente, no âmbito da lei federal 11.494, de 2007, foi criada a Comissão Intergovernamental de Financiamento para a Educação Básica de Qualidade, como instância de formulação, debate e negociação federativa da educação, dando à educação uma dimensão regional por ser esse o espaço no qual se discute a cooperação entre os entes federativos. O FUNDEB – Fundo da Educação Básica, criado pela EC 53/2006, é um exemplo da necessidade de se aprofundar a criação de instâncias colegiadas federativas que tenham por fim discutir, negociar e concertar ações harmônicas na garantia de direitos sociais.

Com a recente lei 12.466, de 2011, a qual será analisada em outro capítulo desse trabalho, passa-se a garantir outra institucionalidade às comissões intergestores.

Os consensos interfederativos, tornados públicos por meio de deliberação, devem ser consubstanciados em contratos de ação pública, quando envolverem ação conjunta ou integrada dos entes na rede da saúde.

5.7 Como garantir segurança jurídica aos consensos e expressar a solidariedade sistêmica: contratos organizativos¹³⁵

No direito brasileiro, o contrato de gestão surgiu com o decreto federal 137, de 1991 (ora revogado), que passou a ser firmado entre a administração pública federal e as empresas estatais, na busca de maior eficiência e maior controle do Poder Público sobre o alcance de resultados se insere na categoria dos contratos organizativos.

O principal objetivo do contrato de gestão do decreto federal 137 seria o de sujeitar as empresas estatais ao cumprimento de metas previamente definidas no contrato, havendo como moeda de troca algumas flexibilidades no tocante ao seu controle.¹³⁶ A introdução de tal contrato, no âmbito da administração pública federal, visava conferir maior agilidade à administração, melhorando seus resultados qualitativos.

Na realidade, o contrato de gestão parece surgir como uma resposta ao esgotamento dos parâmetros da Administração Pública assentados na burocracia, hierarquia, formalismos; uma resposta à necessidade de se encontrar novos caminhos para a melhoria das funções públicas que simplifique procedimentos e favoreça a negociação e o consenso.¹³⁷

Oliveira¹³⁸ esclarece que a cultura do diálogo vem ganhando espaço mundial, com o Estado se conformando às diversidades sociais em suas emanções, e nessa linha de atuações se expande a política de *contratualização da ação pública*; daí a expressão “governar por contrato”, a qual evocaria a necessidade de o Estado estabelecer vínculos mais robustos e permanentes com a sociedade.

¹³⁵ Elaborei em 2011, para o Ministério da Saúde, em trabalho de consultoria, *minuta* de contrato de ação pública que se fundamentou na seguinte estrutura: Parte I – Responsabilidades organizativas do SUS; Parte II – Responsabilidades executivas e três anexos; Parte III – Responsabilidades orçamentário-financeiras; Parte IV – Responsabilidades pelo monitoramento, auditoria e avaliação de desempenho. Trata-se de um contrato que regulará as responsabilidades sanitárias dos entes federativos no sistema de saúde regional.

¹³⁶ Di Pietro MSZ, p. 282, 2000.

¹³⁷ Cassese S, 2010.

¹³⁸ Oliveira GJ, p. 25, 2008.

Na administração pública brasileira tem havido uma expansão na política de contratualização público-público, público-privado, com os termos de parceria, contrato programa, contrato de rateio, contrato público-privado da lei 11.079, de 2004, (lei das PPPs), contrato de gestão, entre outros.

Em uma administração pública que se propugna pela descentralização, a política da contratualização deve ser amplamente considerada por ser o elo entre os entes descentralizados, o poder central e a sociedade. No SUS, fundado na descentralização com regionalização, na interdependência dos entes nas redes de serviços, o contrato é um vínculo importante entre os entes para definição de responsabilidades. Há atividades que são comuns aos entes públicos, mas que não se realizam a contento se práticas isoladamente, havendo necessidade de conjugação dessas competências.

Os contratos organizativos são uma forma de o Estado se relacionar no interior da própria administração pública com o intuito de torná-la mais eficiente. Fundados na cooperação e colaboração, o Estado muda a forma de suas relações substituindo a subordinação, a hierarquia, pela ação conjugada de interesses, interesses que muitas vezes somente se satisfaz mediante a conjugação de esforços. Nessa nova forma de relação, a negociação e a fixação de responsabilidades mediante contrato são essenciais para o atendimento do interesse público.

No campo da descentralização territorial, que encerra o risco da fragmentação dos serviços, a interação entre os entes prestadores de serviços é importante para permitir a sua reaglutinação sem se perder a independência da gestão. Na saúde, a descentralização das atividades em 5.565 municípios impõe remédios que permitam integrar essas ações. Ainda no ensinamento de Oliveira,¹³⁹ *“a conduta administrativa há de ser exercida cotidianamente no âmbito organizatório da Administração Pública, com o fito de possibilitar um melhor exercício da função administrativa”*.

Justen Filho¹⁴⁰ trata dessas avenças – contratos multilaterais, cooperativos, que pode ter como partes diversos entes públicos, separando os

¹³⁹ *Op. cit.*, p. 66.

¹⁴⁰ Justen Filho M, 2005.

contratos que dispõem sobre as trocas econômicas daqueles organizativos. Os primeiros são os contratos comutativos, que configuram um acordo de vontades gerador de direitos e obrigações patrimoniais para as partes contratantes. Ainda de acordo com o autor, o contrato de cunho organizativo tem por objeto *“promover uma estrutura de bens e a organização do esforço de pessoas para o desempenho de atividades de interesse comum”*. Adentramos o campo da conjugação de esforços e recursos para a consecução de interesses comuns, de competências comuns e de entes com igualdade jurídica, não havendo preponderância de interesse.

O contrato organizativo persegue um fim único, e as partes reunidas não pretendem tirar nenhum proveito para si. O ganho é a soma de esforços de todos os implicados para melhorar seu desempenho público, organizar serviços comuns ou definir melhor suas obrigações, responsabilidades, financiamento. É uma forma de os entes se autorregularem quanto às responsabilidades em relação a determinados serviços comuns.

O contrato organizativo permite que seus participantes definam regras que devem vinculá-los, ante a sua força jurídica. O art. 37, § 8º, da CF, previu acordos organizatórios visando à ampliação da autonomia dos entes e órgãos públicos em nome da maior eficiência dos objetivos públicos. Tenho denominado esses acordos de contrato de autonomia,¹⁴¹ por ampliar a autonomia dos entes contratantes em nome da melhoria dos resultados dos serviços públicos.

Esses contratos têm regime jurídico diverso dos contratos bilaterais e comutativos – são plurilaterais, diferentes, pois do regime jurídico clássico do direito civil. Segundo a definição de Justen Filho,¹⁴²

O contrato administrativo plurilateral ou organizacional se configura como um acordo de vontades de que participa uma ou mais pessoa administrativa, por meio do qual os contratantes se obrigam reciprocamente a promover condutas ativas ou omissivas, visando à obtenção de certo resultado de interesse conjunto.

¹⁴¹ O anteprojeto de lei da administração pública, elaborado em 2009 por um grupo de juristas para o Ministério do Planejamento, dispõe sobre o contrato de autonomia.

¹⁴² *Op. cit.*, 2005.

Os acordos de colaboração, cooperação “*envolvendo entes públicos são acordos administrativos organizatórios, cuja função principal é a de propagar e incrementar a eficiência na gestão pública*”.¹⁴³

Muitos países já aderiram à administração pública por contrato. Na Espanha política contratual se converteu, nos últimos anos, na área da saúde, em núcleo das relações entre a administração pública *financiadora* e a administração pública *prestadora* dos serviços, desde a atenção primária até a de maior complexidade.¹⁴⁴

Na área da saúde, o contrato organizativo veste como uma luva para a organização dos sistemas regionais. Pois são contratos que unem os entes federativos, ao mesmo tempo em que se definem as responsabilidades e obrigações de cada um na rede de serviços que deverá prover a saúde da comunidade. Trata-se de um documento no qual os entes se reúnem em favor da organização de seus serviços para o atendimento da população, a grande credora das obrigações ali definidas.

É importante ressaltar, nesse passo, que as competências na área da saúde pública não são claras nem precisas, conforme expressado neste trabalho, uma vez que não estão definidos quais serviços o município deve prestar em razão de seu desenvolvimento econômico, social e demográfico. Contudo, o morador do município de dez mil habitantes, muitas vezes, vai precisar de serviços de saúde que só encontrará em outro município. O papel na rede de atenção à saúde de um município de dez mil habitantes difere, fatalmente, do de uma cidade de mais de um milhão de habitantes. Na Espanha, adota-se o critério demográfico para fixar responsabilidades na organização de serviços,¹⁴⁵ o que não ocorre no Brasil.

Por isso, a introdução dos contratos organizativos, com a finalidade de definir responsabilidades, obrigações, direitos, o financiamento compartilhado, entre outros elementos. Somente contratos organizativos serão capazes de vincular os entes federativos na organização das redes de saúde, no que se refere a suas

¹⁴³ Oliveira GJ, 2010, p. 67.

¹⁴⁴ López-Valcárcel BG, 2006.

¹⁴⁵ Na Espanha, as comunidades autônomas adotam o parâmetro demográfico para justificar o tipo de serviço que prestarão, conforme explicitado na obra de J. Álvaro Santos Gomes e Fernando Lamata Cotanda, “Atención sanitaria y redes de servicios”, in José R. Repullo e Antonio Iñesta (orgs.), *Sistemas y servicios sanitarios*. Madri: Díaz de Santos, 2006, p. 23.

obrigações, responsabilidades e demais compromissos. O contrato haverá de vincular os entes signatários no tocante às responsabilidades sanitárias¹⁴⁶ assumidas.

O contrato de ação pública garante que municípios, dos mais variados níveis de desenvolvimento possam, de acordo com seu perfil, prestar serviços na rede, sendo respeitados em sua diversidade, garantindo segurança jurídica e financeira para o município responsável pelo referenciamento de outros municípios a seus serviços.

É o contrato que vai garantir o não fracionamento dos serviços na descentralização, acordando compensações financeiras para os entes que venham a ser referência, garantindo solidariedade e equidade, respeitando as autonomias federativas, acordando sanções pelo descumprimento dos acordos e garantindo governança regional à rede de atenção à saúde. Sem o contrato, a governança da rede poderá ser falha ante a ausência de segurança jurídica aos compromissos sanitários pactuados.

Campos¹⁴⁷ propugna pelo contrato entre os entes federativos na área da saúde para o estabelecimento de metas, prazos, referências, além do repasse de recursos.

O contrato de ação pública na área da saúde se dota de finalidades e características, tais como:

- a) garantia da integralidade da assistência à saúde, que não se realiza de forma isolada, mas somente mediante acordo de colaboração entre os entes federativos implicados na saúde de uma região;

¹⁴⁶ Em 2004 (11 de agosto de 2004), o deputado Roberto Gouveia apresentou na Câmara dos Deputados um projeto de lei dispondo sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos na área da saúde: PL 4010/04, tendo apresentado um substitutivo, o PL 4606/05. Em 05 de fevereiro de 2007, o deputado Rosinha reapresentou o texto do PL 4606/2005 (PL 4010). Tramita novamente o PL numa versão substitutiva apresentada por seu relator. Colaborei com o deputado Roberto Gouveia na elaboração do projeto de lei, tendo lhe sugerido propor uma lei que regulasse as responsabilidades sanitárias dos entes federativos. Contudo, entendo que o contrato de ação pública tem condições de substituir o PL em razão de ser uma forma de os entes federativos se regularem, com a vantagem da mobilidade, que permite, moldando-se suas condições às da região de saúde e ante a sua força jurídica, vinculatória, prever sanções administrativas no caso de descumprimento dos acordos firmados no contrato.

¹⁴⁷ Campos GWS, p. 301, 2007.

- b) segurança jurídica à organização regional das ações e serviços públicos de saúde;
- c) horizontalidade nas negociações;
- d) reconhecimento da interdependência dos entes contratantes na gestão de ações e serviços de saúde, mantendo a direção única em cada esfera de governo;
- e) equilíbrio à rede de atenção à saúde em relação às diferenças socioeconômicas dos entes contratantes (equalização e solidariedade sistêmica);
- f) garantia dos referenciamentos do cidadão na rede e compensação financeira ao ente federativo responsável;
- g) função organizativa e não patrimonialista;
- h) multilateralidade de contratantes;
- i) igualdade jurídica das partes.

Os contratos devem ter suas diretrizes convencionadas de forma colegiada na CIR, CIB e CIT¹⁴⁸ – nas quais estão representados todos os entes federativos implicados nos contratos de ação pública da saúde. Essas convenções, que tenho denominado de consensos interfederativos,¹⁴⁹ serão o marco referencial para a celebração dos contratos, uma forma de regulamentar aspectos da gestão mediante acordo.

No caso do SUS, não há outra forma de se organizar um sistema polissêmico, um sistema em rede que perpassa diversos territórios municipais e exige coparticipação dos entes. O contrato organizativo será um elemento essencial para unir os entes em torno da execução de uma função pública comum a todos, interdependentes e ao mesmo tempo descentralizada. O contrato consolida a rede interfederativa, a qual abriga a rede de serviços. Será o contrato que dará garantias efetivas à organização e operacionalidade da rede de serviços.

¹⁴⁸ Comissão Intergestores Regional, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.

¹⁴⁹ Santos L & Andrade LOM, 2009.

A Espanha¹⁵⁰ adota o contrato programa para estabelecer metas entre os órgãos e serviços. Os contratos se dão no âmbito das comunidades autônomas para contratar os níveis de atenção primária, hospitalar, especializada e assim por diante.

Em nosso país, o contrato programa previsto na lei dos consórcios¹⁵¹ tem por objeto definir programas conjuntos dos entes federativos consorciados. No contrato organizativo, na área da saúde, se define mais que um programa, a própria rede de atenção à saúde, o próprio sistema de saúde que deve ser organizado em rede. Organiza-se, na realidade, o sistema de saúde regional; é o meio pelo qual se regulam as relações de interdependência dos entes federativos no SUS.

Por isso, defendo ser o contrato, previsto no decreto 7.508, de 2011, analisado na Parte II deste trabalho, obrigatório para todos os entes federativos. É obrigatório por ser a forma escolhida pelo decreto para articular as interdependências na organização da rede de atenção à saúde, definir responsabilidades e equalizar as diferenças entre os entes federativos (socioeconômicas). O ente federativo deverá se dispor a negociar e, uma vez obtido o consenso, deverá firmar o contrato como salvaguarda de suas responsabilidades no provimento da saúde da população brasileira.

O contrato é o documento final que expressa a regulação imposta pelos entes federativos a eles mesmos nas instâncias intergestores. Nessas instâncias, eles se autorregulam para definir as interdependências e as responsabilidades. Quem não assinar o contrato não pode se beneficiar das referências dos serviços, ou seja, não poderá usar a rede para referenciar seu cidadão, tampouco poderá receber recursos de outros entes da Federação para o financiamento de seus serviços na rede. Ainda que isso possa parecer uma punição para a população do ente recalcitrante, outras instâncias haverão de resolver esse impasse, seja o Ministério Público, os conselhos de saúde, tribunais de contas ou a própria população.

¹⁵⁰ A atenção primária na Espanha é contratada desde o início dos anos 1990 e continua até hoje com contínuas inovações e melhorias e seus princípios e metas operativas. (Guzmán MA e Aguire JG, 2006).

¹⁵¹ Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.

Por que não pode usar a rede para referenciar seu cidadão? Pelo fato de não ajustar com o ente integrante da rede de saúde suas responsabilidades, dentre elas, a financeira. Na rede todos são atores ao mesmo tempo em que são interdependentes, sendo necessário pactuar as suas responsabilidades mediante contrato com a finalidade de garantir segurança jurídica.

Na realidade *contratualização* é uma expressão mais abrangente que *contrato* por encerrar uma nova forma de gestão pública, a que negocia, faz consenso, horizontaliza as relações públicas, fixa responsabilidades em comum acordo, formando vínculos jurídicos em torno de um objeto comum de interesse público. A contratualização configura um novo modo de a Administração Pública gerir seus serviços.

PARTE III

**SUPERANDO DILEMAS DO SUS:
A GESTÃO INTERFEDERATIVA
ENCONTRANDO
INSTITUCIONALIDADE –
ANÁLISE DE TRÊS CASES**

Capítulo VI. A gestão interfederativa encontrando institucionalidade mediante atos legislativos e regulamentares

6.1 Introdução

A partir de 2007, algumas reformas foram promovidas na área da saúde com o intuito de modernizar sua gestão, definir conceitos ainda dúbios, compreender melhor a forma organizativa do SUS, dirimir conflitos entre descentralização e regionalização e assim por diante.

Os *cases* aqui analisados contaram com a minha participação em suas reformas, reformulações de conceitos, diretrizes e institucionalização de arranjos que o SUS já vinha implementando durante essas duas décadas.

São eles: a) A reforma sanitária e administrativa ocorrida na Secretaria de Estado de Sergipe entre os anos de 2007 a 2010, com a edição de leis que reformularam suas estruturas e reorganizaram seus serviços; b) A instituição de uma fundação pública de direito privado por múltiplos municípios do estado da Bahia, para gerir de forma compartilhada o programa de saúde da família, ante as dificuldades de o fazê-lo de forma isolada; c) A edição, pelo Governo Federal, do decreto 7.508, de 2011, que regulamenta a lei 8.080, de 1990, diante da mudança de formulações e da organização do SUS nacional, tendo estabelecido o contrato organizativo da ação pública da saúde como o acordo de colaboração necessário para definir e fixar as responsabilidades sanitárias dos entes federativos na região de saúde; a lei 12.466, de 2011, que institucionalizou as instâncias interfederativas de pactuação da gestão compartilhada do SUS e reconheceu conselhos de secretários de saúde, já existentes há mais de duas décadas, como entidades representantes dos entes federativos nessas instâncias colegiadas, definindo ainda as atribuições desses colegiados interfederativos. Tais *cases* trazem a realidade de propostas formais que venho concebendo, formulando e defendendo ao longo desses anos, objeto desta tese.

6.2 Analisando os *cases*: A reforma sanitária do estado de Sergipe, a Fundação Estatal Saúde da Família no estado da Bahia e Ministério da Saúde e o decreto 7.508, de 2011e a lei 12.466, de 2011

6.2.1 A Reforma sanitária do estado de Sergipe

O estado de Sergipe iniciou em 2007 uma reforma administrativa e sanitária em seu sistema de saúde. A reforma que, inicialmente se propunha a instituir fundações públicas com personalidade jurídica de direito privado para prestar serviços de assistência à saúde, ganhou amplitude e se estendeu à definição de responsabilidades sanitárias dos entes federativos no estado.

Participei da reforma sanitária do estado de Sergipe desde o início, em 2007, convidada pelo então secretário de estado da saúde, Rogério Carvalho, no Governo de Marcelo Déda, para realizar consultoria no tocante à instituição pelo estado de fundações estatais. Na ocasião, discuti com o secretário um plano de trabalho que contemplava uma ampla reforma administrativa, técnica e sanitária do setor saúde no estado para preencher vácuos legislativos existentes. Tendo o estado competência para legislar sobre saúde, deveria legislar para atender às suas especificidades estaduais, além de elaborar a norma plena na ausência de norma geral editada pela União.

Desse modo, com a aprovação do Secretário para o proposto, elaborei uma minuta de plano de reforma do setor saúde que se assentou nos seguintes pontos: definir a integralidade como matriz da organização do SUS em rede regionalizada; definir padrão de integralidade; institucionalizar as Comissões Intergestores Bipartite e Regional; definir as portas de entrada do SUS, ordenando o acesso; criar as redes interfederativas da saúde; instituir o contrato de ação pública como o elemento integrador e organizativo das políticas e responsabilidades sanitárias dos municípios e do estado; separar as atividades com poder de autoridade do estado das atividades executivas; regular o SUS de acordo com as especificidades estaduais e regionais, entre outros pontos.

A proposta acabou sendo consolidada e transformada em contrato de consultoria especializada, dando-se início à reforma, que se iniciou em 2007 e se estendeu até 2010, quando foi assinado o primeiro contrato de ação pública, organizativo das ações e serviços de saúde no estado, fechando assim os processos de implantação da reforma. Foi elaborado, assim, em cooperação com a Secretaria de Estado da Saúde, um conjunto de projetos de lei que foi aprovado pela Assembleia Legislativa do estado em 2008, em especial a lei nº 6.345, de 2008, que dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS, matriz de todo o processo de reforma administrativa e sanitária do SUS em Sergipe. O trabalho que foi sendo desenvolvido estava em consonância com estudos que vinha desenvolvendo no qual defendia que a organização do SUS deveria se assentar na definição de padrão de integralidade, nos consensos interfederativos e no contrato de ação pública, como o ato que organizaria a rede interfederativa da saúde, vinculando seus participantes às responsabilidades sanitárias assumidas no contrato. Anos depois, em 2010 e 2011, a regulamentação da lei 8.080 pelo Decreto 7.508, contemplou aspectos da reforma ocorrida na secretaria de saúde do estado de Sergipe.

A partir dessas reflexões, decidiu-se ampliar as mudanças administrativas, que inicialmente visavam apenas descentralizar a administração pública para se promover uma verdadeira reforma sanitário-administrativa fundada na articulação interfederativa, apontando para uma *reconstrução sistêmica do SUS*, conforme estudos que vinham sendo desenvolvidos por mim.¹⁵²

O secretário de estado da saúde denominou a reforma de *Reforma sanitária e gerencial do Sistema Único de Saúde no estado de Sergipe*. Ela teve início em 2007.

Tal reforma repensou os rumos do estado na condução e gestão do SUS, dando ênfase a seu papel de coordenador estadual, reforçando a articulação interfederativa e o compartilhamento de políticas a ser definidas nos planejamentos integrados de saúde do estado. Visava-se ainda recuperar o elo perdido do estado na organização do SUS, em razão de o Ministério da Saúde vir

¹⁵² SUS: *O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*, cf. citação neste trabalho. Desde 2003, vinha defendendo em artigos e palestras a necessidade de se reinterpretar a organização do SUS a partir de seus parâmetros constitucionais e legais, uma vez que seus caminhos estavam sendo levados para searas que apartavam o SUS de suas origens e o conduzia para um mundo infralegal de portarias ministeriais organizativas do Sistema, na maioria das vezes descoladas de suas estruturas constitucionais e legais.

atuando de forma direta com os municípios brasileiros, não levando em conta o papel de coordenador estadual do SUS e o aspecto essencial da regionalização da saúde, que faz saltar para o estado relevante papel, como o de definir as regiões de saúde.

Tratou-se de uma reforma que visou além de tudo enfrentar a crise pela qual o estado vem passando há muitos anos, crise essa geradora de profunda insatisfação do cidadão em relação à sua expectativa do papel do Estado, conforme explicita Cassese (2011) em sua obra *a Crise do Estado*.¹⁵³ A reforma não poderia deixar de se centrar nas diretrizes constitucionais do SUS: universalidade do acesso; descentralização das ações e serviços de saúde; integralidade da assistência e participação da comunidade na definição das políticas de saúde (art. 198 da CF).

Como pano de fundo a sustentar a reforma, a competência legislativa conferida pela Constituição a todos os entes da Federação que reservou relevante papel ao estado na área da saúde, conferindo-lhe poderes tanto para cuidar da saúde como para legislar concorrentemente sobre a saúde e coordenar o sistema no âmbito de todo o estado. Além de conferir, de maneira genérica, seu papel de instituidor de regiões, espaço territorial que irá delimitar onde se processa a maioria das ações e serviços que efetivaram o direito à saúde do cidadão.

Por ser o SUS uma rede regionalizada, o papel do estado se sobreleva na condução do SUS regional e estadual, devendo, pois, organizar o sistema de saúde estadual e coordená-lo; legislar sempre que necessário, avaliar, planejar e organizar o SUS estadual e regionalmente, em conjunto com seus municípios.

A integralidade da assistência foi objeto de regulação na lei sergipana aqui mencionada. Até então, nenhum estado tomara essa iniciativa.¹⁵⁴ Sergipe inovou ao regular o SUS sob o olhar da integralidade como sua matriz organizativa e definir, entre outros elementos, o padrão de integralidade. Pelo fato de o art. 196 dispor sobre um direito à saúde abrangente de políticas sociais e econômicas (qualidade de vida), requerer que seja conferido contornos legais mais precisos aos

¹⁵³ Cassese S, 2010.

¹⁵⁴ Desde 2004 vinha publicando e ministrando palestras sobre o tema: “tudo para todos: da integralidade à universalidade”, tendo publicado artigo o “Contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde”, *Boletim de Direito Administrativo*. São Paulo: Editora NDJ, agosto de 2007, nº 8, p. 921. Defendia que não é *tudo* e que *todos* (191 milhões de brasileiros) devem observar os regramentos do SUS, que não é uma porta aberta, mas uma *porta aberta-regulada* sob o ponto de vista de uma inteligência organizativa sanitária.

serviços que competem ao SUS (atribuições constitucionais e legais), definindo um padrão de integralidade consequente às suas atribuições, por não caber na administração pública e nos orçamentos públicos indefinições de prestações de serviços, sobretudo as onerosas, por exigir planejamento prévio e lei orçamentária, além de o art. 196 abranger as condicionantes e determinantes da saúde, atribuição que não se insere no campo de atuação do SUS como serviço a ser prestado. A lei complementar 141, de 2012, estabelece em seu art. 2º, III a vedação de os entes federativos aplicarem recursos da saúde em ações e serviços que atuem sobre determinantes sociais e econômicos corroborando a interpretação que venho dando ao art. 196 da CF.

Desse modo pode-se dizer que a reforma sergipana se assentou em três eixos: o *primeiro* é o que confere poderes ao estado na promoção das necessárias mudanças na implementação político-gerencial do SUS mediante lei; b) o *segundo*, por impor articulação e compartilhamentos interfederativos, requer do estado a criação de instrumentos administrativos capazes de garantir institucionalidade e efetividade a esses compartilhamentos; c) o *terceiro*, de fundamental importância, é o que definirá o rol ou o padrão de serviços que devem ser ofertados à população no âmbito do direito à saúde, que não deve ser cerceado, mas que precisa ser regulado em razão das atribuições do SUS conferidas pelo art. 200 da CF e na lei 8.080/90, em nome das finitudes orçamentárias e das infinitudes das demandas, num ambiente que conjuga o princípio da proporcionalidade, da razoabilidade, os recursos financeiros disponíveis, entre outros aspectos. Isso tudo deve ser feito de maneira justa e razoável, de modo a atingir o princípio da igualdade, com equidade; e o *quarto e último eixo*, o do financiamento interfederativo, que decorre de um sistema que se fundamenta na integralidade da assistência que só se cumpre dentro do *sistema* de saúde que é nacional, estadual, regional e local exigindo, pois, que todos os entes federativos concorram para financiar esse sistema integrado.

Por último, as responsabilidades dos municípios em garantir serviços de saúde à população dentro do estado de Sergipe deveriam respeitar seu nível de desenvolvimento, que periodicamente deve ser revisto, e esses compromissos deveriam ficar estabelecidos em contratos entre entes públicos, atuando a administração pública de maneira negocial-consensual.

6.2.1.1 Integralidade da assistência à saúde

Sendo o SUS um sistema que tem por finalidade garantir ao cidadão, individual e coletivamente, a integralidade da assistência à saúde, a Reforma Sanitária de Sergipe cuidou de regular a definição de um *justo* padrão de integralidade que o estado deve garantir ao cidadão, de modo compatível com os recursos financeiros destinados à saúde, de acordo com a EC 29, de 2000. Padrão *justo, razoável*, que deve manter coerência com a relevância do direito à saúde e seu valor na sociedade pelo fato de ser um desdobramento do direito à vida e se inserir no princípio da dignidade do indivíduo, direito fundamental do ser humano.

A lei estadual nº 6.345, de 02 de janeiro de 2008, tratou desse tema estabelecendo em seu art. 16 que:

Art. 16. A integralidade da assistência é definida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde em todos os níveis da assistência necessários ao cuidado da saúde integral do indivíduo, ofertados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com protocolos e padrões técnicos e científicos definidos de acordo com as disponibilidades de recursos, conjugada com as necessidades da população.

Em contrapartida, o art. 17 da mesma lei conferiu contornos à integralidade da assistência ao determinar que o Governo (Secretaria da Saúde) e a Sociedade (Conselho de Saúde) devem, de maneira consensual, definir o padrão de integralidade da assistência à saúde.

Reza o art. 17:

Art. 17. O padrão técnico e científico da integralidade da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde no Estado – SUS/SE, observadas as normas gerais federais, deve ser definido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, pactuado por consenso no colegiado interfederativo estadual e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 18. Uma câmara técnica, criada por ato do Secretário de Estado da Saúde, deve ser a responsável pela padronização de incorporação tecnológica de serviços e insumos para ações e serviços de diagnose, medicamentos e terapêutica no Sistema Único de Saúde no Estado – SUS/SE, a qual deve adotar como princípio o estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

Qual foi o ponto de partida para a definição do padrão de integralidade no SUS do estado de Sergipe?

Abrimos parêntese para dizer que essa definição – de abrangência nacional e centrada em um padrão *justo* de integralidade – deveria ser um ato da União, no âmbito de sua competência para legislar sobre normas gerais em saúde. Contudo, enquanto a norma geral não é editada, sobrevém para o estado a competência plena para legislar sobre o tema, nos termos do art. 24, § 3º, da CF. E em razão dessa lacuna legislativa federal, o estado de Sergipe, em 2008, aprovou seu padrão de integralidade para seus cidadãos.

Fechando o parêntese, o *ponto de partida* que o estado adotou para dispor a respeito de um padrão *justo* de integralidade da assistência à saúde, capaz de dispor do maior número possível de serviços de saúde, combinado com os recursos definidos na EC 29, de 2000, fundou-se nas ações e serviços de saúde colocados à disposição da sociedade pelo SUS na data da edição da lei e que estão expressos, ainda que de maneira esparsa, em sistemas de informações em saúde, no Ministério da Saúde, entre eles o SIH e o SIA-SUS (sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares) e em outros sistemas estaduais.

Nesse padrão se incluem o rol de medicamentos (RENAME – Relação Nacional de Medicamentos). A esse rol nacional foram acrescentados medicamentos que o estado já disponibilizava para sua população, ainda que não estivessem nos sistemas informatizados do Ministério da Saúde. Isso tudo foi definido numa portaria da Secretaria da Saúde, fundada na lei estadual.

6.2.1.2 Administração pública desconcentrada

Ao considerar que o SUS é um sistema que deve manter unicidade de conceitos, princípios, diretrizes e bases, ao mesmo tempo em que a gestão dos serviços deve ser descentralizada, foi necessário repensar o papel da Secretaria da Saúde para fortalecê-la como agente coordenador do Sistema Estadual de Saúde, com atribuições para o planejamento, financiamento, regulação, avaliação e

fiscalização das ações e serviços de saúde. O papel de agente prestador de serviços direto à população deveria ficar com os entes da administração indireta do estado.

No mundo contemporâneo, há uma tendência em se separar em duas vias as ações da administração pública: de um lado, a direção, a regulação e o controle das ações do governo, e, de outro, a gestão (execução de serviços) propriamente dita. A direção e o controle devem estar no governo diretamente (administração direta), e a gestão, na direção administrativa, que se espalha entre entes da administração indireta.

A Secretaria da Saúde traspassou para entes da administração indireta e para entes não estatais de interesse público a execução de serviços de saúde de atenção primária, hospitalar, urgências e emergências, saúde mental e demais especialidades.

Nesse sentido, promoveu-se uma reorganização estrutural na SES, descentralizando os serviços que visavam ao atendimento direto do cidadão, mantendo-se no âmbito da secretaria atividades de governo, exclusivas do estado, como planejamento, financiamento, regulamentação, fiscalização, controle, avaliação, poder de polícia sanitária e epidemiológica, definição de políticas de saúde e outras atividades próprias do estado.

Desse modo, a Secretaria de Saúde sofreu uma reforma administrativa para reforçar seu *papel de governo, de autoridade*, indelegáveis, pois, e conferir autonomia administrativa, gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira aos entes da administração indireta (as fundações estatais que foram criadas) na *execução de serviços de saúde à população*.

Essa opção de manter na SES a direção e o controle do SUS, transferindo os atos de gestão, exigiu uma reestruturação administrativa, a qual visou reforçar o controle da qualidade dos serviços de saúde, preparando seu pessoal para a execução desse relevante papel de direção político-administrativa e controle dos atos dos entes descentralizados, que devem primar pela eficiência e excelência na gestão de serviços de saúde desde a atenção primária, a clínica, as linhas de cuidados, a emergência e urgência, saúde mental etc. Esse deve ser o modelo organizativo do SUS, por combinar ações de autoridade com ações de prestação de

serviços ao cidadão. O modelo organizativo do SUS, que impõe a rede de atenção à saúde como resultado da integração dos serviços de saúde, requer essa separação para que na rede fiquem ajuntados os serviços de todos os entes, reservando-se à administração direta o exercício de seu poder de autoridade pública.

O governo estadual, ao optar por essa divisão administrativa, introduziu no âmbito da SES a política de contratualização dos serviços de saúde estaduais, que se desconcentraram, remodelando a SES para a assunção dessas novas funções.

6.2.1.3 Desconcentração administrativa: as fundações estatais

De acordo com a política adotada pelo governo do estado de descentralizar a gestão dos serviços de saúde para entes da administração indireta do estado, foram criadas três fundações estatais, pessoas jurídicas públicas com personalidade jurídica de direito privado, as quais não integram o orçamento público ainda que integrem a administração pública indireta, devendo sua relação com o estado se dar, no tocante à lei orçamentária anual, mediante contrato estatal de serviços ou contrato de gestão.

Desse modo, por terem sido descentralizados os serviços de saúde da administração direta para a indireta, seu controle passou a se dar mediante contratos firmados entre os entes públicos, com a finalidade de definir metas de desempenho do ente descentralizado.

A lei estadual nº 6.341, de 02 de janeiro de 2008, dispõe em seu art. 1º sobre o contrato estatal de serviços¹⁵⁵ a ser firmado entre o Poder Público e os administradores de órgão e entidades da administração pública direta ou indireta com o objetivo de fixar metas de desempenho.

Reza o art. 1º:

¹⁵⁵ No governo federal, esse contrato tem sido denominado de “contrato de autonomia”, e sua regulamentação foi estudada no âmbito do Ministério do Planejamento e está agora previsto num documento denominado de “anteprojeto de reforma da administração pública” elaborado por uma comissão de juristas.

Art. 1º. Contrato Estatal de Serviços é o ato jurídico firmado entre o Poder Público e os administradores dos Órgãos e Entidades da Administração Pública Estadual Direta ou Indireta, com objeto de fixar-lhes metas de desempenho.

Em contrapartida, a lei dispôs ainda sobre o acompanhamento, seu conteúdo e responsabilidade dos dirigentes:

Art. 3º. Fica autorizado o Governador do Estado a constituir Comissão de Acompanhamento dos Contratos Estatais de Serviços e regulamentar o seu funcionamento.

Art. 4º. O Contrato Estatal de Serviços, sem prejuízo dos requisitos constantes do art. 116, da lei (Federal) nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e modificações posteriores, deve explicitar:

I – os serviços a serem contratados;

II – os objetivos e as metas quantificadas e aprazadas;

III – os custos parciais e globais;

IV – os indicadores de desempenho e qualidade dos resultados;

V – responsabilidades dos administradores.

Art. 5º. São direitos dos dirigentes dos órgãos e entidades que celebrem Contrato Estatal de Serviços:

I – autonomia gerencial, orçamentária e financeira;

II – mandato de 01 (um) ano, do qual somente será destituído na hipótese de descumprimento das obrigações constantes do art. 6º, desta Lei, do estatuto ou de quaisquer das cláusulas constantes do Contrato Estatal de Serviços.

Parágrafo único. Ao firmar o Contrato Estatal de Serviços, ao órgão ou entidade não mais deve ser aplicável o Decreto nº 24.290, de 22 de março de 2007 ou congênere que o venha a substituir.

Art. 6º. São obrigações dos dirigentes dos órgãos e entidades que celebrem Contrato Estatal de Serviços:

I – disponibilizar informações gerenciais, técnicas e creditícias, dentre outras, sempre que solicitadas pelos órgãos de controle interno e externo;

II – articular-se com os órgãos públicos e entidades privadas para o cumprimento de suas finalidades;

III – indicar, especificamente, os responsáveis pelo cumprimento parcial das metas contratuais para efeito de definição de responsabilidades;

IV – outras obrigações que, pela especificidade do objeto contratado, constem do Contrato Estatal de Serviços, a critério do Poder Público.

Art. 7º. Os dirigentes respondem pessoal e diretamente:

I – pelos atos praticados em virtude de extrapolação dos limites fixados no Contrato Estatal de Serviços;

II – pelo descumprimento injustificado do ajuste;

III – pelos danos ocasionados ao Erário e à população pela má gestão, devidamente comprovados;

§ 1º O dirigente que incidir em quaisquer das condutas constantes do elenco deste artigo, sem prejuízo das sanções administrativas, cíveis e criminais específicas, deve perder o cargo.

§ 2º O dirigente que incidir nas condutas tipificadas no inciso III do caput deste artigo, além das penalidades previstas no § 1º, não pode, pelo prazo de 02 (dois) anos, ocupar cargo, função ou emprego de direção, chefia e assessoramento, de provimento em comissão, no âmbito da Administração Pública Estadual.

A lei 6.347, de 02 de janeiro de 2008, em seu art. 16 estatui que:

Art. 16. A receita da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS será constituída dos recursos decorrentes de compromissos que vier a assumir anualmente com a Secretaria de Estado da Saúde – SES, em decorrência da prestação de serviços próprios ao Estado, mediante a celebração de contrato estatal de serviços, bem como de valores oriundos de auxílios, subvenções, transferências e repasses públicos, créditos especiais e de outras receitas, conforme previsto em seus respectivos estatutos, inclusive as resultantes da alienação de bens e da aplicação de valores patrimoniais, operações de crédito, doações, legados, acordos, contratos e convênios.

Em cumprimento à lei, a SES criou uma comissão de acompanhamento dos contratos na área da saúde, uma vez que as leis que criaram as fundações estatais dispõem sobre esses contratos. Conforme explicitado nesse documento, a gestão dos serviços de saúde foi transferida para três fundações estatais, que foram instituídas pelo governo do estado para assumir serviços de saúde que estavam a cargo da Secretaria da Saúde.

As três fundações criadas são:¹⁵⁶

1. A Fundação Parreira Horta, em substituição aos serviços do hemocentro do mesmo nome (lei nº 6.346, de 02 de janeiro de 2008);
2. A Fundação Hospitalar de Saúde, com a finalidade de gerenciar os serviços hospitalares da SES (lei nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008); e
3. A Fundação Estatal de Saúde – FUNESA, com a finalidade de prestar serviços de saúde de atenção básica, de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, de formação profissional e educação permanente na área de saúde pública, devendo manter a Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe – ETSUS/SE. (lei nº 6.348, de 02 de janeiro de 2008).

As fundações receberam serviços já existentes na estrutura do estado, por isso foi necessário que leis dispusessem sobre o regime de cessão de pessoal da administração direta para a indireta e a preservação do regime jurídico único e todas as vantagens decorrentes dos cargos ocupados pelos servidores dos serviços transferidos para as três fundações estatais.

A criação das fundações fundamenta-se no disposto no art. 37, XIX, da CF, combinado com o art. 5º, IV, do decreto-lei 200, de 1967. A estrutura de governança das fundações assenta-se no conselho curador e na diretoria executiva e seu regime de pessoal é o da CLT, ressalvado o pessoal estatutário, afastado da administração direta para a indireta, que deve manter seu anterior regime de

¹⁵⁶ Foi proposto pela OAB-seccional do estado de Sergipe uma ação judicial visando impedir a realização de concurso público para as três fundações, alegando-se que o regime da CLT seria inconstitucional, tanto quanto a criação das fundações. Foi negada liminar pelo juiz federal em Sergipe, que depois, em sentença terminativa, decidiu pela legalidade tanto da instituição das fundações quanto do regime CLT. Justiça Federal em Sergipe, processo 2008.85.00.004610 – Juiz Edmilson da Silva Pimenta.

trabalho com o estado, lembrando ainda que admissão de pessoal no regime da CLT se dá pela via do concurso público, e sua demissão somente pode ocorrer motivadamente.

O regime de compras de bens e serviços é o da lei 8.666, de 1993, admitida a edição de regulamento próprio que respeite as regras gerais da mencionada lei. As fundações vinculam-se à SES para efeito de supervisão governamental e estão submetidas ao regime de controle interno e externo dos entes públicos. Sua contabilidade é a da lei 6.404.

Por fim, as fundações integram o SUS e se submetem a todos os seus regramentos e ao controle do conselho de saúde.

6.2.1.4 Rede interfederativa de saúde

Sendo o SUS uma rede regionalizada, composta por todos os serviços dos entes federativos, nos termos do art. 198 da CF, sua configuração impõe permanente interação e interdependência dos entes federativos na gestão da saúde.

Os arts. 7º e 15 º, da lei estadual nº 6.345, estabelecem que:

Art. 7º. O Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE é constituído pelo conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, assistenciais, de ensino, pesquisa, produção de medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e outros insumos de saúde, desenvolvido por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e por instituições privadas participantes do SUS no Estado, em caráter complementar, imprescindíveis para a garantia das necessidades de saúde individual e coletiva no Estado.

Art. 15. É responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde – SES e das Secretarias Municipais de Saúde desenvolver de forma compartilhada e pactuada, ações e serviços que garantam aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS o acesso a ações e serviços, de acordo com o padrão de integralidade mencionada nesta Lei, cabendo-lhes definir em contratos de ação pública, aprovados no colegiado interfederativo estadual e

assinados pelas autoridades competentes, as responsabilidades de cada um, o financiamento e as penalidades pelo descumprimento do contrato.

Assim foi configurada uma rede interfederativa de serviços de saúde no âmbito do estado, explicitada pela referida lei:

Art. 28. As ações e os serviços de saúde executados no âmbito do SUS, sejam diretamente ou mediante a participação complementar da iniciativa privada, devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, constituindo-se em uma rede interfederativa de serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As redes interfederativas de serviços regionais e estadual são formadas pelas redes especializadas de serviços de saúde de atenção básica, nelas incluídas as de saúde da família, de atenção ambulatorial especializada, de atenção psicossocial, de atenção hospitalar e de atenção às urgências e emergências.

Art. 29. A regionalização implica a assunção conjunta, pelos dirigentes da saúde do Estado e dos Municípios, de compromissos públicos de cunho técnico, financeiro e gerencial que visem a corrigir as desigualdades territoriais, promover a equidade, a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar recursos.

Art. 30. Os consensos públicos definidos pelos dirigentes da saúde no Estado e Municípios, decorrentes da articulação interfederativa nos seus colegiados devem ser consubstanciados em contratos de ação pública, nos termos do art. 41 desta Lei, firmados entre o Estado e os Municípios, conforme definido nesta Lei, devendo esses instrumentos explicitar as responsabilidades de cada ente perante a sua população e aquela que lhe é referenciada nos acordos interfederativos consensuais e a correspondente responsabilidade pelo seu financiamento e as penalidades pelo seu descumprimento.

A rede interfederativa de serviços no SUS de Sergipe se organiza pelas redes de atenção básica, nela incluída as de saúde da família, as redes de atenção ambulatorial especializada, de atenção psicossocial, atenção hospitalar e de atenção às urgências e emergências. A rede interfederativa de saúde é gerida pelos entes federativos, havendo assim uma gestão política dos serviços de saúde definida nos consensos de saúde que se dão na instância colegiada do SUS – Colegiados Interfederativos de Saúde – CIS.

Venho defendendo, conforme se verá neste trabalho em tópico mais adiante, que a rede interfederativa de saúde é maior que a rede de atenção à saúde, sendo a primeira o continente e a segunda o conteúdo, uma vez que a primeira envolve a gestão política do SUS, a definição de responsabilidades sanitárias, do financiamento, do controle, avaliação, enquanto a rede de serviços é o espaço de gestão dos serviços. Contudo, em Sergipe entendeu-se que a rede interfederativa de serviços é a rede de atenção à saúde.

A partir do conceito de redes interfederativas no sentido mencionado anteriormente, o governo do estado trabalhou com a ideia de que todas as redes se completam, de forma horizontal e vertical, de acordo com a diversidade e a densidade tecnológica existentes.

As redes de saúde se complementam de forma horizontal e vertical. *Horizontal* – cobertura territorial de populações. Todas as redes são horizontais porque se complementam na perspectiva de atender a uma determinada população em um território definido. *Vertical* – quando os estabelecimentos se complementam tecnologicamente na perspectiva de garantir o atendimento integral a populações em determinado território, lembrando ainda que as linhas de cuidados é um caminho dentro das redes que o paciente deve trilhar da maneira mais direta possível, com qualidade e humanismo.

As redes de saúde podem ainda ser de âmbito municipal, regional e estadual. *Municipal* – conjunto de ações e serviços de saúde que se complementam horizontal e verticalmente no território do município; *Regional* – conjunto de ações e serviços de saúde que se complementam e se articulam horizontal e verticalmente em uma determinada área geográfica para uma população, com diversidade e densidade tecnológica definidas, de acordo com a escala e as particularidades históricas e socioeconômicas de cada região; *Estadual* – integração complementar das redes regionais, de forma vertical e horizontal no território do estado.

6.2.1.5 Colegiados interfederativos estadual e regional

Conforme já foi dito à exaustão neste trabalho, sendo o SUS um sistema integrado, organizado sob o formato de rede de serviços regionalizada, ao mesmo tempo em que é único e de competência repartida entre todos os entes federativos, a única forma de gerir esse sistema de maneira harmônica e sistêmica é a permanente articulação interfederativa.

No SUS, os entes federativos não podem apenas celebrar convênios de cooperação, como é usual nos sistemas federativos cooperativos; nesse sistema avança-se e exige-se articulação permanente em sua gestão, em razão da interdependência existente na rede de serviços de saúde.

Por isso, a lei estadual 6.345, de 2008, criou na estrutura da SES o Colegiado Interfederativo Estadual – CIE, composto pelos entes federativos do estado de Sergipe.

Dispõe o art. 34 da referida lei:

Art. 34. O Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe – SUS/SE deve contar com um Colegiado Interfederativo composto pelo Secretário de Estado da Saúde e pelos Secretários Municipais da Saúde o qual se reunirá periodicamente para discutir e definir, de forma consensual, a gestão do sistema de saúde no Estado, sua rede regionalizada e hierarquizada, seu financiamento e demais aspectos organizativos, técnicos e operativos.

§ 1º O colegiado deve ficar vinculado a SES para efeito de apoio administrativo, sendo de sua competência decidir as suas normas internas de funcionamento.

§ 2º As normas internas de funcionamento do Colegiado Interfederativo Estadual devem ser estabelecidas através de regimento interno a ser proposto pela SES e aprovado pelo colegiado.

A lei avançou consideravelmente na organização do sistema de saúde, reconhecendo, desde logo, a representação institucional do COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, conforme se vê no §§ 3º e 4º do art. 34.

§ 3º A representação dos Secretários Municipais de Saúde deve ser feita por indicação do COSEMS – Conselho Estadual de Secretários Municipais da Saúde do Estado de Sergipe, filiado ao CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, devendo ter assento obrigatório no Colegiado o Secretário de Estado da Saúde.

§ 4º O COSEMS-SE é reconhecido no Estado como entidade de representação institucional dos Secretários Municipais de Saúde no Estado no colegiado interfederativo e outros fóruns da saúde.

Por ser o colegiado interfederativo uma instância de decisão colegiada e consensual dos entes federativos no SUS de Sergipe, sua autonomia é reconhecida pela lei ao conferir poderes ao colegiado para publicar as suas deliberações, diferentemente do que sempre ocorre com a Comissão Intergestores Tripartite, que nunca publicou suas próprias deliberações que sempre estiveram a cargo do Ministério da Saúde por se tratar de uma comissão vinculada àquele ministério.

É o § 5º do art. 34:

§ 5º As decisões do Colegiado Interfederativo consubstanciadas em Deliberação devem ser publicadas na imprensa oficial e encaminhadas, no prazo máximo de 30 dias, para os conselhos de saúde respectivos, para ciência.

Outro aspecto relevante são as competências do colegiado que estão definidas na lei, não havendo hipótese de a SES usurpar competências próprias do colegiado, assumindo-as, como ocorre muitas vezes, nas Comissões Intergestores em relação a seu ente criador.

Art. 36. Compete ao Colegiado Interfederativo Estadual, em especial:

I – regulamentar os aspectos operacionais de municipalização e descentralização do SUS/SE;

II – definir: a) critérios e parâmetros para elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivos; b) os critérios de regulação de acesso a ações e serviços de saúde a serem utilizados no Estado de Sergipe;

III – aprovar: a) a alocação de recursos de acordo com os consensos interfederativos; b) a incorporação de novas portas de entrada para acesso ao sistema de saúde; c) o Plano Diretor de Regionalização – PDR proposto pela SES; d) as regras para a operação do

Complexo Regulatório do SUS; e) a grade de referência de urgência e emergência do Estado de Sergipe.

IV – Decidir a respeito de questões encaminhadas pelos Colegiados Interfederativos Regionais.

Coerente com o princípio de ser o SUS uma rede regionalizada, a lei 6.345 criou colegiados interfederativos regionais com sede nas regiões de saúde do estado de Sergipe, cabendo-lhe definir aspectos da integração funcional e operativa dos serviços da região, sempre em consonância com as deliberações do Colegiado Interfederativo Estadual.

O recente decreto 7.508, de 2011, adotou o mesmo sistema, criando a Comissão Intergestores Regional para discutir a gestão compartilhada do SUS, além de ter disposto sobre as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. Disso falarei oportunamente.

Art. 37. Devem ser criados colegiados interfederativos regionais para funcionarem nas sedes das regiões de saúde do Estado de Sergipe, conforme definido no Plano Diretor de Regionalização – PDR, com a atribuição de definir aspectos da integração funcional e operativa dos serviços na região, observadas as decisões do Colegiado Interfederativo Estadual.

Art. 38. Cada colegiado regional deve ser composto de 01 (um) representante da Secretaria de Estado da Saúde, indicado pelo Secretário de Estado da Saúde e 01 (um) representante de cada município integrante da respectiva região.

Parágrafo único. As decisões dos colegiados interfederativos regionais devem ser tomadas por consenso.

Art. 39. As normas internas de funcionamento dos Colegiados Interfederativos Regionais devem ser estabelecidas através de regimento interno a ser proposto pela Secretaria de Estado da Saúde e aprovado pelo Colegiado Interfederativo Estadual.

Art. 40. Compete aos colegiados interfederativos regionais:

I – pactuar a indicação dos regulares regionais;

II – discutir as necessidades de oferta da região;

III – propor ao Colegiado Interfederativo Estadual as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia de acesso aos usuários da região;

IV – resolver as questões de descumprimento nas pactuações regionais para garantia de acesso;

V – decidir outras questões por delegação do Colegiado Interfederativo Estadual.

6.2.1.6 Articulação federativa e suas instâncias de consensos

A articulação federativa no SUS é necessária para que a integralidade da atenção à saúde se realize. Sendo o SUS um sistema único, organizado sob o formato de rede, tem que haver uma instância de decisão dos entes federativos para dispor sobre sua gestão.

Para tanto, o SUS conta há anos com comissões intergestores regional, estadual e nacional com a finalidade de realizar esse papel. Contudo, as decisões desses colegiados não são institucionalizadas, ficando adstrita à mera intenção dos entes, sem lastro jurídico que possa vincular as decisões a seus entes. Isso sempre gerou fragilidade no sistema, uma vez que uma secretária de saúde pode se comprometer nos colegiados sem que esse compromisso seja um compromisso formal do município, do prefeito municipal ou do governador.

É o caso também das representações dos entes federativos nesses colegiados. Quem representa os Estados é o CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e os Municípios, é o CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Entretanto, essas representações, ainda que tenham legitimidade no âmbito do SUS, não tinham legalidade dentro do sistema. O próprio Judiciário não reconhece os pactos feitos nesses colegiados por não decorrerem da lei.

As decisões consensuais dos entes federativos nessas instâncias deliberativas foram tratadas pela primeira vez em lei, a lei 6.345, de 2008. As decisões dos entes federativos nesses colegiados deveriam ser objeto de contrato

entre os entes federativos sempre que necessária a definição de responsabilidades solidárias e comuns na rede SUS.

Art. 30. Os consensos públicos definidos pelos dirigentes da saúde no Estado e Municípios, decorrentes da articulação interfederativa nos seus colegiados, devem ser consubstanciados em contratos de ação pública, nos termos do art. 41 desta Lei, firmados entre o Estado e os Municípios, conforme definido nesta Lei, devendo esses instrumentos explicitar as responsabilidades de cada ente perante a sua população e aquela que lhe é referenciada nos acordos interfederativos consensuais e a correspondente responsabilidade pelo seu financiamento e as penalidades pelo seu descumprimento.

6.2.1.7 Contrato de ação pública da saúde

O art. 41 e seguintes da mesma lei estatuíram que o contrato de ação pública será a forma de os entes definirem as responsabilidades na rede de saúde.

Art. 41. As ações e os serviços integrados em rede que importem em interdependência dos entes federativos no seu financiamento, conforme definidos nos consensos, devem ser objeto de contrato de ação pública a ser firmados entre os entes envolvidos nessa ação, sendo o Secretário de Estado da Saúde competente para firmá-lo na condição de dirigente único do SUS/SE e gestor do Fundo de Saúde.

Parágrafo único. Os contratos que organizam a ação pública da saúde, firmados entre os entes federados em consequência das definições consensuais do colegiado interfederativo, por não terem caráter de troca econômica, nem de competição, nem de contraprestação de serviços, uma vez que objetivam organizar as redes interfederativas de serviços e definir a alocação de recursos, conforme repasses federais e estaduais, a fim de articular o Sistema Estadual de Saúde, não são passíveis de licitação não submetendo-se, assim, às regras e legislação pertinentes.

Art. 42. Os contratos de ação pública devem definir as atribuições, responsabilidades, direitos e deveres, financiamento, penalidades, metas públicas, controle e avaliação dos resultados dos entes federativos na saúde.

Art. 43. São cláusulas obrigatórias no contrato de ação pública:

I – identificação das necessidades locais e regionais;

II – oferta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde no território regional;

III – compromissos gerais da regionalização, os quais deverão ser estabelecidos de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade dos serviços de cada um;

IV – responsabilidade financeira de todos os entes federados;

V – metas pactuadas a serem alcançadas;

VI – responsabilidade pela execução dos serviços;

VII – penalidades pelo descumprimento do contrato.

Art. 44. São penalidades pelo descumprimento ou cumprimento parcial das metas e responsabilidades previstas no contrato de ação pública:

I – suspensão parcial dos recursos contratuais, pelo período correspondente ao descumprimento.

II – suspensão total dos recursos contratuais.

É mediante o contrato de ação pública que a SES define, em conjunto com seus municípios, a organização da rede de saúde, a regionalização dos serviços, o papel de cada ente nessa rede, suas responsabilidades pelos serviços, financiamento, controle e demais aspectos da gestão compartilhada da saúde.

Com o intuito de melhor esclarecer, sabendo-se que esse tema será tratado de maneira mais ampla em tópico específico, o contrato de ação pública é um contrato que difere dos demais contratos com função patrimonial. É no contrato de ação pública que se fixarão a forma de funcionamento da rede de serviços, como os serviços dos entes federativos estarão organizados e o papel de cada ente nessa rede.

Trata-se de um contrato que tem por fim organizar, de forma consensual e não hierárquica, a rede de serviços, equivalendo a um ato normativo entre os entes signatários do contrato. No contrato, estarão disciplinadas as

responsabilidades dos agentes políticos, os papéis de cada um, o financiamento da rede, as penalidades por eventual descumprimento e assim por diante, devendo esse contrato ser assinado pelo governador e o conjunto de seus municípios.

O contrato de ação pública congrega todos os municípios de Sergipe e o estado, comprometendo prefeitos e governador na gestão integrada do SUS no estado. O contrato é um grande avanço no compartilhamento da gestão da saúde, por ser um ato jurídico que garante segurança aos signatários, vincula os entes às obrigações assumidas, além de explicitar a gestão da saúde na rede de serviços de forma transparente e de fácil compreensão pela população usuária, que poderá cobrar seu cumprimento de seus governantes, por conhecer em detalhes as obrigações de cada ente na rede de saúde.

O contrato, de cunho organizativo, pode ainda ter papel relevante na judicialização da saúde, ao organizar a ação pública da saúde, e ser altamente esclarecedor quanto à organização da rede e o papel dos entes federativo, abrindo espaço para a *desjudicialização* na medida em que deixa claro o que o sistema garante à população e de quem é a responsabilidade por esse ou por aquele serviço, tornando transparentes as responsabilidades dos municípios, do estado e da União na rede regionalizada de saúde do estado de Sergipe.

O acompanhamento do contrato de ação pública está previsto na lei, conforme a seguir:

Art. 46. A Secretaria de Estado de Saúde – SES deve contar com um setor responsável pela gestão dos contratos de ação pública com as seguintes atribuições:

I – acompanhar e avaliar a execução do contrato de ação pública;

II – monitorar o cumprimento das metas estabelecidas;

III – avaliar os indicadores de saúde e de produção obtidos através da execução do contrato de ação pública;

IV – notificar o respectivo ente federado a regularizar a execução das metas não cumpridas no prazo estabelecido no contrato;

V – solicitar ao Secretário de Estado da Saúde a realização de auditoria nos casos em que houver indícios de irregularidades na execução do instrumento;

VI – solicitar ao Secretário de Estado da Saúde a abertura de sindicância administrativa a fim de apurar possíveis irregularidades/ilegalidades na execução do contrato de ação pública, desde que devidamente justificado;

VII – propor ao Secretário de Estado da Saúde, após a conclusão do procedimento administrativo, garantida a ampla defesa, a aplicação das penalidades previstas no art. 44 desta Lei.

O contrato de ação pública de Sergipe se faz acompanhar de alguns anexos e exige a elaboração de metas e indicadores, como: 1) Indicadores de saúde; 2) Metas de produção de serviços; 3) Metas de garantia de acesso; 4) Compromisso de financiamento (estado, município e união).

6.2.1.8 Transferência fundo a fundo

Outro tema objeto da lei estadual de Sergipe é a forma de repasse de recursos estaduais para o conjunto dos seus municípios. De acordo com a Constituição Federal (EC 29, 2000), art. 198, § 2º, os entes federativos devem aplicar percentuais de sua receita em saúde, conforme determinado constitucionalmente – 15% pelos municípios; 12% pelos estados; e pela União o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB (ano base 1999).

O § 3º do mesmo artigo determina que os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao distrito federal e aos municípios e dos Estados para aos municípios sejam definidos em lei complementar (lei complementar 141, de 2012, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais).

A União disciplinou essa questão no decreto nº 1.232/94, contudo, a maioria dos estados brasileiros não regularam essa forma de transferência de recursos, mantendo o convênio como o meio de realizar os repasses.

A lei 6.345 tratou desse tema, tendo disciplinado o repasse fundo a fundo em seu art. 74.

Art. 74. Os recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde devem ser transferidos diretamente para os Fundos Municipais de Saúde, de acordo com o cronograma previsto no contrato de ação pública.

Por sua vez, a lei nº 6.303, de 2007, disciplinou de maneira específica a gestão do Fundo Estadual da Saúde:

Art. 12. Fica o Fundo Estadual de Saúde - FES autorizado a efetuar repasses regulares e automáticos para os Municípios, independentemente de convênios ou outros instrumentos congêneres, de acordo com critérios previstos em lei específica de organização e funcionamento do SUS no Estado.

A transferência fundo a fundo agiliza sobremaneira os repasses de recursos do estado para seus municípios, contribuindo para a economia de procedimentos no âmbito da administração pública, encurtando caminhos administrativos e burocráticos, melhorando os meios procedimentais para se atingir as finalidades da saúde.

Em contrapartida, a lei 6.345, fixou critérios para a transferência de recursos, o que torna transparente a gestão da saúde e o financiamento estadual.

Art. 73. Respeitada a legislação federal complementar referente à transferência de recursos, na forma do disposto na Emenda Constitucional nº 29/00, o Estado deve adotar os seguintes critérios para as transferências de recursos:

I – as metas pactuadas no contrato de ação pública;

II – adesão aos programas prioritários elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde;

III – critério populacional;

IV – mediante a pactuação de metas de serviços a serem executadas para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção à saúde, cura e reabilitação.

§ 1º Os critérios para os repasses de recursos previstos nos incisos II, III e IV do caput deste artigo devem ser estabelecidos mediante decreto.

§ 2º No caso suspensão dos repasses, cabe ao Estado aplicar os recursos diretamente no Município.

Com a finalidade de incentivar os municípios a atingir metas públicas pactuadas nos colegiados interfederativos e explicitadas no contrato de ação pública, foi instituído o *Índice de defesa da vida*, o qual tem a finalidade de melhorar a qualidade das ações e serviços de saúde mediante avaliação periódica.

A SES deverá atribuir pontuação aos municípios, de acordo com a avaliação da qualidade, e repassar valores correspondentes à pontuação obtida.

Art. 75. Fica instituído o Índice de Defesa da Vida como incentivo a ser concedido aos municípios que atingirem as metas de qualidade estabelecidas no contrato de ação pública.

§ 1º O Índice de Defesa da Vida tem por finalidade apurar a qualidade das ações e serviços de saúde prestados pelos municípios aos seus usuários.

§ 2º Na apuração do Índice de Defesa da Vida devem ser atribuídos pontos de acordo com os critérios de avaliação de qualidade.

§ 3º A pontuação obtida pelo município deve indicar o valor percentual financeiro correspondente ao Índice de Defesa da Vida a ser repassado anualmente.

§ 4º O Governador do Estado, através de decreto, deve regulamentar os critérios de avaliação e os valores do Índice de Defesa da Vida, que devem ser revistos anualmente.

6.2.1.9 Participação da comunidade

Em Sergipe, o Conselho Estadual da Saúde estava organizado mediante decreto. Por isso, foi editada a lei nº 6.300, de 2007, dispondo sobre seu funcionamento e organização. A lei dispôs expressamente sobre suas finalidades, competências, composição e outros pontos importantes à sua organização e funcionamento.

Art. 1º Fica criado, nos termos do art. 195, caput, da Constituição Estadual, e com observância das normas gerais emanadas da União, em caráter permanente e com natureza deliberativa, o Conselho Estadual de Saúde – CES.

§ 1º O CES é composto por representantes do Poder Público, de prestadores de serviços de saúde, de profissionais de saúde e da Comunidade; sendo a representação destes usuários, paritária em relação ao conjunto dos representantes dos demais segmentos mencionados.

§ 2º O CES rege-se pelas normas gerais emanadas da União, por esta Lei e pelas normas legais e regulamentares que lhe sejam ou venham a ser aplicáveis.

§ 3º O CES é vinculado à Secretaria de Estado da Saúde – SES, como instância colegiada do Sistema Único de Saúde – SUS, e tem jurisdição no território do Estado de Sergipe.

Art. 2º O Conselho Estadual de Saúde – CES tem por finalidade a participação conjugada do Poder Público, da Comunidade, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde no controle, no acompanhamento e na fiscalização das ações e dos serviços de saúde do SUS/SE, no estabelecimento de diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde; na aprovação, execução e acompanhamento deste; na implementação das políticas públicas do Estado; e de outras atribuições, na área de saúde, dentro das respectivas competências.

Importante ressaltar que a lei vedou a escolha de representante dos usuários para o conselho que tenha qualquer comunhão de interesse com os demais segmentos:

Art. 6º. [...]

§ 6º Para garantir a legitimidade de representação paritária dos usuários, aplica-se o disposto no § 3º à escolha de representantes dos usuários que tenham vínculo, dependência econômica ou comunhão de interesse com quaisquer representantes dos demais segmentos integrantes do CES.

6.2.1.10 Comissão de Incorporação de Tecnologia – CIT

Tendo sido definido, na lei 6.345, critério para o padrão de integralidade do SUS de Sergipe, conseqüentemente haveria de ser criado um órgão ou setor responsável pela incorporação tecnológica de serviços e insumos de saúde. Assim,

a referida lei determinou a criação pela SES de uma câmara técnica para disciplinar essa questão.

Art. 18. Uma câmara técnica, criada por ato do Secretário de Estado da Saúde, deve ser a responsável pela padronização de incorporação tecnológica de serviços e insumos para ações e serviços de diagnose, medicamentos e terapêutica no Sistema Único de Saúde no Estado – SUS/SE, a qual deve adotar como princípio o estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

§ 1º A câmara técnica deve ser composta por no mínimo 5 (cinco) e no máximo 9 (nove) pessoas de notório conhecimento técnico e científico em gestão do SUS, escolhidos pelo Secretário de Estado da Saúde, dentre servidores públicos, federais, estaduais e municipais, efetivos ou comissionados, representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e representantes da sociedade civil.

§ 2º No processo de incorporação de novas tecnologias, a câmara técnica deve levar em conta o critério epidemiológico, técnico-científico, a possibilidade de substituição de uma tecnologia por outra já existente, a necessidade de sua inclusão e a disponibilidade orçamentária e financeira, devendo o interesse coletivo ter prevalência sobre o individual.

§ 3º Os pareceres da câmara técnica devem ser justificados e acompanhados da viabilidade orçamentária e financeira e submetidos ao Conselho Estadual de Saúde – CES para definição acerca da sua incorporação aos protocolos da SES.

§ 4º Os membros da câmara técnica fazem jus a remuneração pela participação nos trabalhos, conforme a legislação vigente.

§ 5º Ato do Secretário de Estado da Saúde deve regulamentar o funcionamento da câmara técnica.

A recente lei 12.401, de 2011, que alterou a lei 8.080, cria a Comissão Nacional de Incorporação em Tecnologias em Saúde, demonstrando que o estado de Sergipe, em sua reforma empreendida em 2007/2008, se adiantou ao legislador federal e criou em seu âmbito uma câmara para cuidar da incorporação de tecnologias em saúde. Sua câmara conviverá com a nacional para compor as suas listas complementares à RENASES e à RENAME.

Tendo em vista a importância de um acesso ordenado, regulado, a lei dispõe sobre o complexo regulatório do Estado.

Art. 22. O complexo regulatório do SUS, as centrais de regulação especializadas, as portas de entrada e os pontos sistêmicos compõem o Sistema Interfederativo de Regulação, o qual tem a finalidade de atuar de maneira unificada na identificação das necessidades dos usuários do SUS com o fim de garantir-lhes o acesso, de forma integral e equânime, às ações e serviços de saúde.

Art. 23. O Sistema Interfederativo de Regulação têm por atribuições, dentre outras que venham a ser definidas pela Secretaria de Estado da Saúde, após pactuação:

I – garantir que o acesso às ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, dê-se de forma transparente, integral e equânime;

II – orientar e ordenar os fluxos assistenciais;

III – monitorar o cumprimento dos pactos de garantia de acesso estabelecidos;

IV – monitorar o padrão de integralidade;

V – disponibilizar a oferta regional, de acordo com a programação geral de ações e serviços de saúde individuais e coletivos;

VI – demais atribuições inerentes à gestão do sistema.

Art. 24. A Secretaria de Estado da Saúde – SES, por portaria, deve instituir comissão de gestão do sistema interfederativo de regulação e disporá sobre as centrais de regulação, devendo propor ao Colegiado Interfederativo Estadual o regulamento do seu funcionamento.

Art. 25. O complexo regulatório do SUS deve ser gerenciado por servidores da Secretaria de Estado da Saúde – SES designados especialmente para o exercício desta atividade e por servidores indicados por cada região de saúde.

Parágrafo único. São as seguintes as centrais de regulação, podendo o colegiado interfederativo, em consenso, promover alterações nesse rol:

I – urgência e emergência;

II – serviços hospitalares;

III – serviços ambulatoriais especializados;

IV – serviços de tratamento fora do domicílio;

V – serviços de transplante.

Art. 26. Os servidores designados para o exercício da função de regulação regional devem ser profissionais médicos habilitados para o exercício da função.

Parágrafo único. As atribuições desses servidores devem ser definidas em portaria do Secretário de Estado da Saúde.

Art. 27. O complexo regulatório do SUS, que deverá executar as suas atividades de maneira unificada com os demais integrantes do sistema interfederativo regulatório, deve ser provido e mantido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES, podendo essa determinação ser alterada no colegiado interfederativo, por consenso.

§ 1º A Central de Urgência e Emergência deve ser gerida por representantes da SES e da Secretaria Municipal de Saúde da Capital.

§ 2º A Central de Serviços Hospitalares deve ser gerida por um representante de cada região de saúde, preferencialmente, por um técnico do município sede e um representante da SES, incluindo a representação da Capital.

§ 3º A Central de Serviços Ambulatoriais Especializados deve ser gerida pelos representantes de cada região de saúde, preferencialmente, por um técnico do município sede, sendo que a região de Aracaju deve ser representada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

§ 4º A Central de Transplante e a de Tratamento fora de Domicílio devem ser geridas por representantes da SES.

§ 5º É obrigação dos municípios alimentar o complexo com a oferta de todos os seus serviços contratados, credenciados ou conveniados.

6.2.1.11 Do acesso e das portas de entradas reguladas

O acesso ordenado dos usuários ao Sistema Estadual de Saúde de Sergipe será realizado pelos órgãos que compõe o Sistema Interfederativo de Regulação (SIR).

A lei, em seu art. 19, estatui que para a garantia da equidade serão criadas listas de ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde, fundadas sempre no risco e no critério cronológico, de acordo com os consensos interfederativos estaduais e regionais.

O SUS nacional conta em sua estrutura com um sistema denominado de “regulação”, que em nosso entendimento é um termo equivocado por conflitar com o poder regulatório do Estado (normativo). Esse sistema regulatório não tem a finalidade de regulamentar o sistema, mas gerenciar sua porta de entrada, ordenando, encaminhando, decidindo sobre o acesso das pessoas, de acordo com suas necessidades e os serviços existentes, sempre de maneira equânime, técnica e sistêmica.

O que reza a lei nº 6.345, de 2008:

Art. 19. Para a garantia da equidade devem ser criadas listas de ordenamento do acesso às ações e serviços de saúde, de acordo com o padrão técnico e científico da integralidade, fundada na estratificação do risco e no critério cronológico, conforme pactuações definidas no colegiado interfederativo estadual.

§ 1º Todo usuário deve ser cadastrado no SUS, através do Cartão Nacional de Saúde ou documento similar.

§ 2º Os usuários sem cadastro não devem deixar de ser atendidos, cabendo aos servidores públicos as necessárias providências para a sua concretização.

Art. 20. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no SUS no Estado se dá pelas portas de entrada estabelecidas nesta Lei.

Art. 21. São portas de entrada às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde no Estado, de observância obrigatória por todos os seus usuários:

I – unidades de atenção básica, nelas compreendidas os serviços de saúde da família;

II – unidades de urgência e emergência, entre as quais o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;

III – centros de atenção psicossocial;

IV – unidades especiais de acesso aberto.

§ 1º Cada porta de entrada conterá pontos sistêmicos que disponibilizarão determinado rol de procedimentos, conforme suas especificidades.

§ 2º Podem ser criadas novas portas de entrada no sistema desde que aprovadas no colegiado interfederativo estadual, cabendo ao Secretário de Estado da Saúde tornar pública, mediante portaria, as novas unidades ou serviços de saúde definidos como “portas de entrada do SUS”.

As listas de acesso, que devem ser únicas em cada porta de entrada e que devem, em comum acordo, ser o instrumento que manejará a fila de espera do serviço, é o meio mais democrático de se garantir o acesso ao cidadão, tal qual a legislação que rege o transplante no país e que institui a lista única.

O sistema de saúde do estado de Sergipe, a partir do conjunto de leis editadas em 2008, passou a se reestruturar para atender às suas disposições. As mudanças estruturais foram e estão sendo implementadas durante todos esses anos, tendo sido assinado, em janeiro de 2010, o primeiro contrato de ação pública no estado de Sergipe. No primeiro momento, o Ministério da Saúde não participou do contrato, ainda que mantivesse seus repasses ao estado, tendo, em dezembro de 2011, assinado termo aditivo com a finalidade de integrar o referido contrato, em razão das transferências de recursos, de seu papel de dirigente nacional que deve manter a unicidade conceitual do SUS.

As medidas adotadas na reforma de Sergipe foram todas no sentido de reconhecer que o SUS é de fato um sistema descentralizado que deve se aglutinar forçosamente em região de saúde, para ganhar escala e poder constituir uma rede de serviços de saúde.

Um ponto relevante em Sergipe é que o contrato foi assinado entre o estado e o conjunto dos municípios, sem se considerar as regiões de saúde na

conformação do contrato. Um único contrato foi assinado em todo o estado. Sergipe realmente é um Estado pequeno, com apenas dois milhões de habitantes, e quase todos os municípios acabam sendo referenciados para serviços da capital. Contudo, sendo o SUS, por força constitucional, um sistema regionalizado, há que se adotar as regiões de saúde como o espaço onde o SUS se organiza da maneira mais completa possível para o atendimento da população. Além do mais, há também que se instituírem regiões de saúde, tornando a regionalização uma obrigatoriedade, e não uma faculdade. (decreto 7.508, de 2011, art. 4º).

Sergipe deu um salto de qualidade ao realizar essa ampla e completa reforma: administrativa, sanitária, técnica, de governança e estrutural. A concepção do SUS ao longo dos anos – de 1990, data da lei 8.080/90 – nunca esteve bem resolvida, e suas estruturas não foram bem organizadas. A penetração do sistema inampiano, que se transportou para o Ministério da Saúde a partir de 1991, teve um efeito redutor no tocante à capacidade de pensar o SUS em seus termos constitucionais e legais. Afora a questão do financiamento, que sempre pautou a organização do SUS inibindo grandes voos estruturais.

Nesse sentido, o SUS em Sergipe apontou novos horizontes formais ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes fortalecendo as estruturas do SUS.

6.3 A Fundação interfederativa da Bahia: Fundação Estatal Saúde da Família (FESF)

A fundação interfederativa da saúde da família da Bahia foi instituída em maio de 2009, depois de dois anos de tentativa de se criar estruturas, no âmbito da administração pública estadual, que dessem conta das necessidades de atuação conjunta entre os entes municipais no tocante às ações e serviços da saúde da família.

Participei da elaboração da Fundação Estatal Saúde da Família entre os anos de 2007 e 2009, tendo sugerido e dado sustentação jurídica para o modelo e

preparado justificativa, projetos de leis e estatutos. Eu havia trabalhado no projeto das fundações estatais desde 2005, quando fui contratada pelo Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, para desenvolver estudos sobre a transformação do GHC em autarquia ou fundação, tendo desenvolvido, com fundamento no disposto na CF, art. 37, XIX e decreto-lei 200, art. 5º, IV, o projeto da Fundação Estatal, que depois foi levada para o âmbito do Ministério do Planejamento, e juntamente com Valéria Salgado desenvolvemos o projeto da fundação estatal, seus fundamentos jurídicos e trâmites governamentais.

Pode-se perguntar por que o consórcio público não foi utilizado para esse empreendimento, tendo em vista seus objetivos interfederativos. O consórcio foi descartado pelo conjunto dos municípios inicialmente interessados, diante da complexidade das estruturas criadas pela lei e pelo decreto que o regulamenta.

Ante o fato de a modernização da gestão pública em nosso país caminhar a passos lentos, na razão inversa das necessidades da população, pensou-se em criar novos instrumentos jurídicos respaldados na Constituição para dar conta de aprimorar a administração pública.

Não é crível que, em pleno século XXI, ainda estejamos atuando com ferramentas incompatíveis com a era da informação, deixando de atender aos interesses da cidadania pela morosidade do serviço público.

Em nosso país é comum se garantir direitos, positivá-los na Constituição e não os efetivar em razão de uma máquina pública que não dá conta de cumprir metas com bom desempenho.

Até o momento, as reformas na administração pública não se revelaram competentes no tocante às necessárias mudanças operativas dentro da administração pública no sentido de garantir efetividade aos direitos positivados na Constituição e nas leis.

Até os dias de hoje – e são 23 anos de Constituição Cidadã garantidora de direitos fundamentais do ser humano –, o serviço público não conseguiu dar conta de atender às demandas sociais, tanto por falta de investimento de recursos quanto por falta de um instrumental mais ágil, capaz de atender ao interesse público de maneira eficiente. Direitos garantidos não têm o mesmo significado de

direitos efetivados. Em nosso país, há sempre uma grande distância entre um e outro, como se fossem coisas diversas.

Adentrando no campo específico do direito à saúde – utopia que diariamente alimenta os defensores da saúde pública – pode-se afirmar que sua garantia constitucional tem sido faina diária.

A reforma sanitária empreendida nos anos 1980 se revelou altamente humanizadora da saúde e repleta de fundamentos que dizem respeito ao exercício da cidadania e que consideram a dignidade e a elevação do ser humano; contudo, para ser implementada, exige-se que seja efetivada uma reforma administrativa, porque o SUS traz em seu bojo todos os elementos que configuram a contemporânea administração pública: a) descentralização administrativa; b) participação do cidadão na gestão pública; c) parceria público-privada; d) ampliação da regulação e fiscalização do setor privado; e) transparência da gestão; f) valorização do cidadão-usuário; g) redes de serviços; h) interação e articulação dos entes públicos interdependentes na rede de serviços, sem hierarquia, entre outros elementos.

O atraso na modernização das estruturas administrativas sempre trouxe grandes dificuldades operativas aos municípios de pequeno porte para implementarem o Programa de Saúde da Família, em razão de suas diferenças demográficas, econômicas e sociais, que se evidenciam dia a dia.

São inúmeras as diferenças entre os municípios brasileiros, principalmente quando falamos dos da região norte e nordeste. Por exemplo, 70% dos municípios brasileiros têm menos de vinte mil habitantes. Essa é uma realidade concreta que impõe a necessidade de se organizar o SUS sob o formato de rede de saúde, na qual todos os entes federativos discutem e definem de maneira consensual a gestão da saúde e as responsabilidades de cada um.

O Programa de Saúde da Família (PSF), definido pela Direção Nacional do SUS (Ministério da Saúde),¹⁵⁷ se insere no âmbito da atenção primária, a qual

¹⁵⁷ O Ministério da Saúde tem o importante papel no SUS de manter sua unicidade conceitual mediante uma coordenação de âmbito nacional. Contudo, o ministério muitas vezes excede essa sua competência impondo regimentos detalhados, minuciosos aos estados e municípios, numa invasão de suas competências legislativas, dificultando sua observação por nem sempre ser compatível com a realidade estadual e municipal.

deve estar presente em todos os municípios brasileiros, devendo, ainda, ser a principal porta de entrada do sistema.

Idealmente, a atenção primária, ou ainda o médico de família, deveria ser a principal “porta” para o referenciamento aos serviços especializados, não se permitindo, como ocorre na Espanha e no Canadá, o acesso direto do cidadão às especialidades médicas.¹⁵⁸

Contudo, os municípios, em razão de suas diferenças sociais, econômicas, geográficas e demográficas, nem sempre conseguem manter em seu quadro de pessoal médicos de família ou outros profissionais de nível superior integrante da equipe de saúde da família. Inúmeros são os fatores, como a difícil localização geográfica do município, a falta de infraestrutura, o baixo nível de escolaridade, questões culturais e sociais da região, a falta de recursos sociais que desencorajam a fixação de médicos ou outros profissionais no município.

Outras questões também prejudicam a fixação do profissional de saúde, como o baixo salário, uma vez que o parâmetro máximo salarial (teto salarial constitucional) tem de ser o do prefeito municipal, que muitas vezes não ultrapassa 1.500 reais. A falta de oportunidade de crescimento na carreira também é um fator que inibe a fixação de médico da saúde da família em municípios de pequeno porte.

E mesmo que a lei definisse a responsabilidade do município em razão do critério demográfico ou econômico, epidemiológico ou de organização de serviços, outras dificuldades persistiriam, impedindo ou dificultando a manutenção do programa de saúde da família, como a questão do teto salarial constitucional, conforme comentado anteriormente.

Desse modo, não se pode deixar de propugnar o fato de que a Constituição, ao plasmar o direito à saúde e configurar o SUS como um sistema nacional responsável pelas ações e serviços públicos de saúde – de competência das três esferas de governo, que deve de modo integrado realizá-lo –, passou a exigir que a burocracia pública crie condições operacionais para o

¹⁵⁸ Lembramos ainda que no Canadá o médico de saúde da família não é servidor público. São médicos particulares ou associações ou clínicas credenciadas pela província.

funcionamento de um sistema de saúde que é único ao mesmo tempo em que é executado por entes federativos autônomos, integrados numa rede de serviços.

Ocorre que muitos municípios não podiam se declarar como gestor pleno do sistema se não tivessem todos os serviços necessários ao atendimento da integralidade da assistência, fato quase que impossível para um único ente federativo, até mesmo porque o art. 7º, II, da lei 8.080, ao definir a integralidade da assistência determina que ela seja garantida no *sistema*, e não por cada ente federativo; daí o SUS ser caracterizado constitucionalmente como uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Sucederam à NOB 1/96, outras duas normas operacionais, a NOAS 1/2001 e a NOAS 1/2002.

Hoje vigoram parcialmente tanto a NOB 96 quanto a NOAS 2002 e o Pacto pela Saúde 2006. No Pacto pela Saúde, o município deve declarar o que realiza, o que pretende realizar e o que será capaz de realizar. Isso ainda não está consolidado, pois há algumas dificuldades operativas para sua consolidação.

O interessante é que nenhuma dessas normas apontou para a região de saúde como solução estrutural da organização do SUS.

Todas essas dificuldades em organizar um sistema único em seus princípios e diretrizes, mas descentralizado em sua execução, nos levam a considerar que, enquanto não se instituir bases sólidas para a interação dos entes federativos em uma rede interfederativa de saúde dotada de todos os elementos necessários para configurá-la, continuaremos indo e vindo entre uma regulação e outra, sem contudo lograr o efeito desejado.

Carreira nacional teria de ser uma carreira federal, o que não é cabível, uma vez que o SUS, entre outras coisas, visou acabar com essa centralização executiva, impondo entre suas diretrizes a descentralização político-administrativa, cabendo a cada ente federativo sua autorregulação.

O concurso nacional de base local discute a hipótese de o estado realizar um concurso, de acordo com as solicitações dos municípios, em âmbito estadual, mas de vinculação municipal, que conferisse a possibilidade de os profissionais transitarem entre diversos municípios.

Essa proposta não encontra viabilidade jurídica em nossa Federação, uma vez que as carreiras para ocupação de cargos ou empregos públicos criados pelos próprios entes para sua administração pública são responsabilidade exclusiva dos entes federativos.

Em razão de todas essas dificuldades, foi discutida a criação de uma fundação regida pelo direito civil com a finalidade de cuidar da saúde da família. Na ocasião, propus a instituição de uma fundação por múltiplos municípios para, em conjunto, cuidarem da saúde da família. Essa proposta se coaduna com a gestão interfederativa do SUS, que requer novos instrumentos operativos da administração pública.

Em se tratando de um serviço – a saúde da família – que deve ser prestado indistintamente por todos os municípios de um estado, a fundação teria a finalidade de gerir o Programa Saúde da Família em âmbito estadual, resolvendo assim boa parte dos problemas anteriormente mencionados, como a questão da fixação de pessoal de nível superior.

Essa questão tem ensejado debates mais acalorados nas discussões sobre fundação pública de direito privado. Há aqueles que não conseguem antever que existem dois tipos de entidades na administração pública indireta: as que são públicas, mas com estrutura e regime de direito privado, e aquelas que são públicas, criadas diretamente pelo poder público (prevista no Código Civil, art. 41, parágrafo único, que reza que as pessoas jurídicas de direito público que tenham estrutura de direito privado regem-se, no que couber, pelas disposições daquele Código, ou seja, pelo direito privado, excetuadas as regras de direito público derogadoras do direito privado).

As entidades públicas com estrutura de direito público, como as autarquias, estão enquadradas no figurino público, submetendo-se a todos os regramentos próprios do direito público. As com estrutura de direito privado – empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações privadas – regem-se pelo direito privado e pelo mínimo do direito administrativo, ou seja, somente as regras constitucionais lhe são aplicáveis.

Sundfeld (2008)¹⁵⁹ retrata essa situação:

Apesar de indistintamente submetidas ao regime administrativo mínimo, a Administração Direta e os entes descentralizados podem apresentar regimes jurídicos peculiares, em razão da natureza jurídica dos últimos. Assim, se tais entidades tiverem natureza autárquica, além do regime administrativo mínimo serão aplicáveis as demais determinações normativas típicas da Administração Direta. No entanto, a personalidade jurídica de direito privado ostentada por algumas figuras da Administração Indireta faz com que a submissão seja restrita ao regime administrativo mínimo, o que confere maior flexibilidade ao exercício da função administrativa.

No tocante às entidades públicas com estrutura de direito privado, teremos ainda uma nova subdivisão, a que diz respeito à sua dependência econômica do Poder Público: elas podem ser divididas em entidades *dependentes* e *independentes*. As *dependentes* são aquelas que necessitam de recursos públicos para pagamento de suas despesas de custeio e pessoal.

A lei complementar nº 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – (art. 2º, III) distingue as empresas públicas dependentes daquelas que são *independentes* do orçamento público. A primeira conclusão a que se chega com essa subdivisão é que o poder público, ao instituir pessoas jurídicas com estrutura de direito privado, poderá desde logo optar ou não por sua dependência econômica do orçamento público; ou, na decorrência de seu funcionamento, essa dependência ou independência poderá surgir. Se se trata de recursos advindos de contratos de prestação de serviços, de gestão ou qualquer outro tipo de ajuste que lhe assegure recursos mediante uma contraprestação, a Lei de Responsabilidade Fiscal deixa de incidir.

A LRF dispõe que a empresa estatal será dependente se receber do ente controlador recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital, excluídos, no caso das sociedades de economia mista, aqueles provenientes de aumento de participação acionária.

As limitações previstas pela LRF não incidem sobre as entidades consideradas independentes financeiramente de seu ente controlador; as entidades consideradas dependentes submetem-se a todas as limitações impostas ao ente

¹⁵⁹ Sundfeld CA, 2008.

federativo ao qual está vinculada, como o limite de contratação de pessoal, de endividamento, de geração de despesas etc.

Quanto à empresa estatal – ou as fundações regidas pelo direito privado, que, pelo disposto no art. 37, XIX da CF, foram colocadas sob o mesmo patamar –, desde de que possa se manter independentemente do recebimento de subvenções econômicas,¹⁶⁰ deve ser considerada como uma empresa independente.

De acordo com o expresso no art. 2º, III, da LRF, a empresa estatal dependente (aplica-se também por analogia à fundação estatal) será aquela que recebe recursos do ente controlador para cobrir despesas com pessoal ou de custeio geral.

No entendimento de Sundfeld,¹⁶¹ na obra aqui citada,

a LRF só pode estar-se referindo à empresa estatal beneficiária da subvenção econômica prevista no caput do art. 18 da lei 4.320/64, e não à empresa estatal que, a título de reembolso, receba as demais espécies de subvenção econômica. A subvenção econômica à empresa é, justamente, o tipo de subvenção que visa à cobertura dos déficits de manutenção das estatais – déficits estes que nada mais são do que aqueles gerados por despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital, conforme estabelece o inciso III do art. 2º da LRF.

No presente caso, quando se propôs a fundação pública de direito privado, a qual vai angariar, mediante contrato de gestão (ou outras formas de contrato), seus recursos por meio de prestação de serviços ao próprio Poder Público, configura-se como uma forma de independência do orçamento público, uma vez que os recursos da fundação advirão de um contrato, e não de subvenção econômica ou de orçamento previamente garantido pela lei que a instituir.

Se a fundação tiver por finalidade prestar serviços de atenção primária à população e em razão dessa prestação o poder público lhe pagar determinados valores (preços), isso não se configura em hipótese alguma situação de dependência econômica no sentido da LRF, a qual se refere a subvenções

¹⁶⁰ Art. 18 da lei 4.320/64: “Subvenções econômicas são aquelas destinadas à cobertura dos déficits de manutenção das empresas públicas, de natureza autárquica ou não, far-se-á mediante subvenções econômicas expressamente incluídas nas despesas correntes do orçamento da União, do Estado, do Município ou do Distrito Federal”.

¹⁶¹ Sundfeld CA, *Op. cit.*

econômicas para pagamento de despesas de custeio ou de pessoal. Esses recursos (subvenção econômica) têm finalidades específicas, como a de cobrir as despesas da empresa “dependente”. Diferentemente dos recursos advindos da prestação de um serviço, mediante contrato, a um ente público ou a diversos entes públicos, como seria o caso da fundação de saúde da família.

A fundação será instituída para prestar serviços de atenção primária *mediante contratos com os entes federativos interessados*. A contraprestação por esses serviços tem natureza diversa das subvenções econômicas, conforme se verifica no disposto no art. 18 da lei 4.320/64. Configura-se como obrigação contratual, um presta o serviço, o outro o remunera.

Quanto à instituição da fundação de direito privado pelo poder público, o disposto no art. 37, IX da CF, confere essa possibilidade. A simples leitura do dispositivo leva a inferir que o poder público pode instituir fundações de direito privado mediante autorização legislativa, cabendo à lei complementar dispor sobre seu campo de atuação.

Enquanto não há essa lei formal, recepcionado está o art. 5º, IV, do decreto-lei 200, que estabelece os campos nos quais a fundação não pode atuar: todos aqueles que exijam o poder de autoridade do Estado.

Os demais aspectos, imposição do concurso público (art. 37, II), regime de trabalho pela CLT, em razão de a pessoa jurídica ter estrutura de direito privado, possibilidade de a fundação expedir regulamento mais flexível para licitar (art. 119 da lei 8.666/93) e prestação de contas ao tribunal de contas, têm sido questões bastante debatidas em diversos fóruns e explicitadas em documentos emitidos durante o ano de 2007,¹⁶² em especial pelo Ministério do Planejamento.

Além do mais, tramita no Congresso Nacional um projeto de lei, encaminhado pelo poder executivo federal, dispondo sobre o campo de atuação das fundações públicas de direito privado, nos termos do art. 37, IX, da Constituição Federal. Isso por si só já bastaria para confirmar a possibilidade de o poder público instituir fundações de direito privado.

¹⁶² Ver site do Ministério do Planejamento tema fundação estatal: <www.planejamento.gov.br>.

Sundfeld¹⁶³ trata da *Fundação governamental privada*, dispondo sobre a possibilidade de o poder público instituir fundação governamental privada para serviços de saúde sob contrato de gestão.

Entendemos, portanto, que não restam dúvidas quanto à viabilidade jurídica de o poder público instituir fundação com estrutura de direito privado para atuar na área da saúde.

No presente caso, os municípios do estado da Bahia, ao pretender instituir uma fundação pública de direito privado para cuidar da saúde da família, estão adentrando em um campo de interações interfederativas, uma vez que se trata de uma atividade que deve ser realizada pelos municípios do estado mediante a cooperação financeira e institucional tanto do estado quanto da União.

Constituir uma fundação por todos os entes federativos interessados seria a melhor solução. As dúvidas jurídicas foram bem situadas em um estudo que realizei demonstrando não haver nenhum impedimento jurídico para isso. A fundação, sendo de direito privado, pode contar com instituidores públicos que devem, mediante um protocolo de intenções, definir suas regras principais, deixando os detalhes para seu próprio estatuto, pelo qual será regida.

No caso da FESF, optou-se por um estatuto detalhado por se tratar de um ente instituído por diversos entes federativos, com as mais simples leis autorizativas, deixando todos os detalhes para o estatuto. Foi feito um protocolo de intenção, o documento inicial das relações entre os entes federativos, o qual estabeleceu alguns regramentos específicos.

As fundações sempre contam com um ente supervisor. No caso da fundação interfederativa, optou-se por um conselho de municípios, o qual passou a exercer o papel de ente supervisor, sob pena de ser inviável seu controle se todos os municípios fossem entes supervisores. Ainda que alguns autores¹⁶⁴ defendam a não incidência do controle do Ministério Público sobre essas fundações por já

¹⁶³ Sundfeld CA. *Parecer sobre as fundações governamentais de direito privado*. Fundações Estatais: estudos e parecer. Santos L (org.). Campinas: Saberes Editora, 2009.

¹⁶⁴ Dentre os administrativistas que defendem a não incidência do controle do Ministério Público sobre as fundações governamentais de direito privado, citamos Maria Sílvia Zanella Di Pietro. *Direito administrativo*, 12ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

existir o controle público do ente supervisor, esse tema não está apaziguado, e o Ministério Público do estado da Bahia considerou que deveria ser seu curador.

Como a FESF não integraria o orçamento público, devendo receber seus recursos mediante contrato de gestão com os municípios, não haveria dependência econômica da fundação em relação ao orçamento público, uma vez que ela não integraria os orçamentos do estado nem dos municípios instituidores. Seu relacionamento seria mediante contrato de gestão, o que a afastaria da incidência da lei de responsabilidade fiscal (lei complementar 101), conforme mencionado anteriormente.

Assim, a instituição da fundação interfederativa passou a ser um instrumento adequado para solucionar questões, conforme podemos ver a seguir:

1. Fixação de médicos e demais profissionais em municípios de pequeno porte, havendo um plano de carreira estadual, com salários mais compatíveis com a realidade do mercado estadual, e possibilidade de progressão na carreira e mudança, depois de alguns anos, para outros municípios, possibilitaria a manutenção de profissionais no PSF do estado como um todo;
2. Equalização de salários para todo o estado, resolvendo-se a questão do teto salarial municipal. O salário seria o estabelecido pela fundação;
3. Carreira estabelecida pela fundação, a qual poderá dispor sobre o exercício da função nos municípios, sob a gestão do secretário municipal de saúde; tudo isso seria estabelecido no contrato de gestão e não feriria o princípio da descentralização, uma vez que estaria, na realidade, criando-se uma rede de serviços de atenção primária, com o secretário da saúde participando de sua gestão e de todos os demais aspectos do PSF. Além do mais, o município se relacionaria com a Fundação mediante contrato, o qual deverá dispor sobre direitos e obrigações;
4. Contratação do pessoal da Fundação mediante o regime da CLT;

5. Possibilidade de ser criada uma verdadeira rede de atenção primária em todo o estado, com regras uniformes no tocante aos referenciamentos, porta de entrada do sistema, entre outros; isso poderia ficar explicitado no contrato de gestão.

O que o contrato de gestão facilitaria no caso da FESF? Melhor definição das responsabilidades dos entes na gestão do PSF. Além disso, mediante contrato entre a fundação, os municípios e o estado poderiam ser definidos detalhes da rede de atenção primária, seus referenciamentos, as responsabilidades de cada um, os recursos investidos, regras de avaliação, entre outros.

A conclusão é que a fundação interfederativa veste como uma luva para a gestão compartilhada de serviços de saúde, como os do PSF, uma vez que todos os serviços de saúde devem se integrar em redes de serviços, que muitas vezes podem ser intermunicipal, regional e estadual, unindo serviços de todos os entes federativos responsáveis pela saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e não há impedimento para sua concretização.

A FESF foi um arranjo novo e adequado para operar um sistema que é de execução descentralizada, mas que ao mesmo tempo não pode perder sua coesão estadual e nacional, sua regionalização, sob pena de existirem diversos sistemas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde, o que romperia com as diretrizes e princípios constitucionais insertos no art. 198 da CF, criando-se um sistema fragmentado.

O SUS, sendo um sistema inovador, deve ter novos paradigmas adotados, permitindo sua execução tal como foi criado. A fundação interfederativa é uma inovação para o SUS no tocante à gestão compartilhada.

Positivar direitos e não implementá-los é um problema que nosso país enfrenta há muito tempo. O direito não se realiza porque a burocracia pública não consegue se modernizar com vistas à sua garantia. O direito deve estar acima dos entraves burocráticos que precisam ser alterados para sua efetividade.

Na FESF foi proposta a celebração de contrato de gestão entre a Fundação e os municípios interessados, incluindo aqueles que são instituidores da

Fundação, que devem observar todos os regramentos nacionais do SUS, seus princípios, diretrizes e bases.

O contrato de gestão, no caso de uma fundação interfederativa para cuidar de maneira compartilhada da saúde da família, deverá conter minimamente o seguinte:

1. Objetivos gerais e específicos, que deverão descrever o desenvolvimento das atividades de saúde da família nos municípios contratantes, dentro de um modelo que explicita as metas a ser alcançadas e seus prazos, considerando o recurso humano como essencial para o atingimento das metas, um dos valores fundamentais dos serviços.
2. Especificidades da carreira dos profissionais de saúde de nível superior, os quais serão colocados à disposição dos municípios contratantes para o desenvolvimento das atividades da saúde da família.
3. Descrição do perfil profissional e competências dos profissionais de saúde colocados à disposição do município.
4. Descrição das responsabilidades dos profissionais de saúde em relação:
 - a) ao cidadão, em todos os seus aspectos, principalmente quanto às relações interpessoais (cidadão *versus* profissional de saúde);
 - b) às metas definidas;
 - c) à qualidade dos serviços;
 - d) ao município contratante;
 - e) à carga horária, local de trabalho e o tempo mínimo obrigatório de permanência no município;

- f) à posição hierárquica dentro do sistema administrativo do município;
 - g) à forma de fiscalização da atividade e comportamento ético-profissional;
 - h) à equipe de saúde da família, sua integração e participação nos programas e projetos;
 - i) à continuidade do cuidado do paciente e seu retorno para o acompanhamento integral;
 - j) à responsabilidade civil por danos que por ventura sejam causados à terceiros pelo profissional de saúde.
5. Responsabilidades do município em relação:
- a) ao plano de trabalho, objetivo e metas a ser alcançados;
 - b) ao cidadão e seus direitos;
 - c) às condições de trabalho dos profissionais de saúde, as quais devem atender a um padrão mínimo de qualidade arquitetônica, ambiência, conforto, provimento de material médico e de equipe profissional, equipamento previamente definidos como essenciais ao desenvolvimento dos trabalhos, entre outros;
 - d) ao financiamento do contrato, forma e prazo de repasses;
 - e) aos processos de monitoramento, avaliação e fiscalização dos serviços, com criação de mecanismos ou serviços de permanente escuta dos cidadãos e resolução dos problemas em tempo hábil.
6. Responsabilidades da Fundação no tocante:
- a) a colocar à disposição profissionais competentes, de acordo com perfil previamente acordado;

- b) à reposição imediata de profissional demitido da Fundação;
 - c) à reposição imediata de profissional de saúde devolvido justificadamente pelo município;
 - d) a manter em dia o pagamento da remuneração total dos profissionais de saúde;
 - e) ao recolhimento dos encargos fiscais e trabalhistas;
 - f) a manter plano de carreira que contemple remuneração fixa e remuneração por desempenho;
 - g) a avaliar permanentemente o trabalho dos profissionais de saúde, conjuntamente com o município;
 - h) à reposição de profissional durante período de licença-saúde ou qualquer afastamento que o plano de carreira da Fundação permita;
 - i) à educação permanente dos profissionais de saúde;
 - j) responsabilidade civil que seus agentes causarem a terceiros.
7. Prazos de execução do contrato.
 8. Definição de critérios para devolução de profissionais de saúde pelo município.
 9. Programação geral das ações e serviços, em seus aspectos físicos e financeiros, de acordo com o objeto e metas contratuais.
 10. Planejamento da rede de atenção básica (saúde da família), quantificando o número de profissionais necessários, de acordo com parâmetros oficiais.
 11. Referências e contrarreferências, as quais devem possuir metas que prevejam a progressiva diminuição dos encaminhamentos para a

atenção especializada e hospitalar, especificando metas a ser atingidas progressivamente.

12. Indicadores sanitários a ser alcançados.
13. Forma e as condições de monitoramento, controle, avaliação e auditoria do contrato para apuração da qualidade dos serviços e da satisfação dos cidadãos, as quais devem ser executadas pela Fundação e município, de preferência conjuntamente;
14. Número de pessoal colocado à disposição, em quantitativo.
15. Formas de avaliação de desempenho profissional individual e de equipe, as quais devem ser realizadas pelo município tanto quanto pela Fundação, visando à progressão na carreira de saúde da família da Bahia.
16. Disposição sobre a fixação da carga horária como responsabilidade do município, bem como a definição do local de trabalho dos profissionais de saúde colocados à disposição do município e sua hierarquia na administração pública municipal.
17. Outras responsabilidades das partes contratantes e as sanções administrativas por descumprimento contratual.
18. Responsabilidades do município quanto à apuração de responsabilidades dos profissionais de saúde por descumprimento de suas obrigações ou ofensa a direitos.

6.4 Ministério da Saúde e o decreto 7.508, 2011, que regulamenta a lei 8.080, de 29 de junho de 2011, e a lei 12.466, 2011, que institucionaliza as relações interfederativas

Em dezembro de 2008, fui convidada pelo ministro José Gomes Temporão a apresentar um plano de trabalho com temas relativos à organização e funcionamento do SUS que deveriam ser disciplinados, fosse por lei ou por decreto. Em agosto de 2010, fui autorizada a iniciar os trabalhos que resultou numa minuta do decreto entregue ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha (janeiro de 2011), que por sua vez o levou à discussão interna no Ministério da Saúde, no CONASS e no CONASEMS.

O decreto, após sofrer as alterações propostas e tramitar nas instâncias do Governo Federal, foi publicado no Diário Oficial da União, com o número 7.508, datado de 28 de junho de 2011

6.4.1 Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011

Em 28 de junho de 2011 foi publicado o decreto federal 7.508, regulamentando alguns artigos da lei 8.080/90. Passados 21 anos, a lei foi regulamentada. O que veio com atraso, ganhou em maturidade. O decreto regulamenta algumas normas da lei 8.080, de 1990, em especial, os arts. 4º, 6º, 7º, 8º e 36º, tendo sido o primeiro decreto a explicitar suas normas.

Esse atraso provavelmente ensejou um retardo na exata compreensão dos regramentos do SUS expressos na lei, uma vez que o Ministério da Saúde, ao longo desses anos, editou portarias estruturando o sistema nem sempre em acordo com os preceitos da lei, muitas vezes mais em consonância com o pensamento e a ideologia de profissionais de saúde que ocupavam cargos no ministério, conforme já mencionado neste trabalho. Isso criou uma desarmonia na aplicação da lei, que parece ter ficado ao largo do SUS, com as portarias sendo a expressão autônoma de pensamento de servidores em vez de aplicar a lei em seus exatos termos.

Para minha surpresa, muitas vezes percebia que o servidor que defendia determinadas ideias que passavam a ser expressadas nas portarias não conhecia a lei que regulamenta o SUS em seus exatos termos. Esse cenário durou 21 anos, com boas regulamentações portariais ao lado de muitas que mais ensejavam confusão que harmonia. Outro ponto relevante é o desconhecimento que impera no Ministério da Saúde no tocante à consolidação de suas regulamentações internas, uma vez que poucos sabem se uma portaria está em vigor, se foi alterada, revogada e assim por diante.

Por isso, a edição do mencionado decreto é de essencial importância para a estruturação do SUS em coerência com a lei 8.080, de 1990, garantindo assim uma sintonia nacional, uma unicidade organizativa e uma coesão entre os pensamentos dos dirigentes da saúde pública brasileira.

O decreto tratou de alguns temas entre os mais importantes da lei. Não regulamentou a lei toda. Sua regulamentação tratou da organização do SUS assentada na regionalização, trazendo para o centro dessa organização a “regionalização da descentralização”, uma vez que o SUS é *descentralizado* ao mesmo tempo em que é *regionalizado* – uma separação que se une com a regionalização. Ainda que essa regionalização tenha sido objeto de muitas portarias ministeriais, entre elas a Norma Operacional Básica 1/96,¹⁶⁵ nunca foi um fato concreto, como nunca o foi a rede de atenção à saúde, que deve se inserir no âmbito de uma região de saúde. A região seria a demarcação de uma rede de atenção à saúde.

O decreto define a região de saúde como

o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (art. 2º, I)

Aqui saltam dois elementos essenciais: o agrupamento de municípios limítrofes, o que casa com o disposto no art. 25, § 3º, da CF, ao dispor sobre região,

¹⁶⁵ Portaria MS nº 2.003, de 05 de novembro de 1996.

microrregião e aglomerados urbanos, e o conceito de região, que também não pode ser a simples junção de municípios limítrofes, uma vez que ela precisa estar cercada de outros elementos, como a *execução* e o *planejamento* de funções comuns, as identidades e as possibilidades de comunicação entre eles.

Na realidade, o território regional deve ser o espaço da cidadania, o que supõe uma abrangência de serviços, como educação, moradia, transporte, lazer e cultura, e no caso da saúde o território regional deve ser aquele que permite ao cidadão satisfazer suas necessidades de saúde, superando-se assim o que Santos¹⁶⁶ insiste em dizer, que as “*desigualdades sociais, são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais*”, por derivarem do lugar onde cada um se encontra. Por isso, a região de saúde deve ser o espaço que conjuga, nos termos do disposto no art. 5º do decreto, um mínimo de ações e serviços de: a) atenção primária; b) urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e) vigilância em saúde.

O mínimo de serviços que uma região de saúde deve abranger visa exatamente diminuir as diferenças territoriais municipais e gerar uma solidariedade sistêmica ínsita ao SUS.

O decreto, em seu art. 6º, dispõe ainda ser a região de saúde a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, fazendo nascer assim o planejamento regional, que deve integrar as necessidades de saúde da população da região com os serviços de todos os entes e os recursos financeiros, cabendo ao estado e à União o papel de entes que devem promover a equidade regional, minorando as diferenças regionais, transferindo recursos para a região de acordo com suas necessidades e suas características, com vistas a diminuir as desigualdades para que “*os bens públicos deixem de ser exclusividade dos mais bens localizados*”.¹⁶⁷ A região de saúde está imbuída desse forte componente, de garantir ao cidadão o direito igual às ações e serviços de saúde próximos de onde sua vida acontece, sendo um cidadão completo, independentemente do lugar onde se encontre.

¹⁶⁶ Santos M, 2002, p. 151.

¹⁶⁷ Santos M, *op. cit.*

Por esse motivo, o decreto determina, em seu art. 7º, parágrafo único, que os entes federativos inseridos em uma região de saúde devem definir seus limites geográficos, a população usuária, o rol de ações e serviços de saúde garantidos e as respectivas responsabilidades sanitárias dos entes, a acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Na linha do que venho defendendo ao longo deste trabalho, a região de saúde deve ser o *microcosmo* da realização das necessidades de saúde do cidadão. Decorrem daí o planejamento integrado, a gestão compartilhada, o financiamento regional e uma série de medidas que visem garantir governança na região, como os colegiados interfederativos regionais, do qual o decreto vai tratar mais adiante em consonância com a lei 12.466, publicada meses depois.

Defendo que a região de saúde seja regulamentada formalmente pelo Estado. Nessa linha, o decreto define que as redes de atenção à saúde deverão estar compreendidas no âmbito de uma região de saúde (art. 7º). O decreto regula o disposto no art. 8º da lei 8.080, de 1990, ao tratar dos níveis de complexidade dos serviços, denominados de hierarquização pela Constituição Federal, art. 198.

O art. 8º do decreto reza que o *“acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”*.

Trata-se de organizar o sistema regional em rede de atenção à saúde, que deve manter serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, garantindo robustez tecnológica à rede mediante o somatório de serviços dos entes federativos. Serviços que se espalham e serviços que devem se concentrar. De acordo com Mendes,¹⁶⁸

em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc. tendem a ser concentrados.

Essa rede deve manter serviços de diversos níveis e se formatar de tal forma que o cidadão *não* busque um serviço de maior aparato tecnológico para

¹⁶⁸ Mendes EV, 2009, p. 127.

satisfazer uma necessidade que poderá ser resolvida por um serviço de menor porte. Essa racionalidade tem a ver com a eficiência, a economicidade, a facilidade no pronto atendimento e escala e muitos outros elementos administrados pelos agentes públicos. É como afirma Mendes,¹⁶⁹ que a organização das redes de atenção de modo eficiente deve fundar-se em: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade de acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção.

É relevante transcrever aqui alguns dos elementos essenciais definidos para a existência de rede integrada (e regionalizada) de saúde trazida por Kuschnir e Chorny.¹⁷⁰ Os autores apontam os seguintes atributos *“população e território; rede de estabelecimento de saúde com serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura para toda a população; porta de entrada do sistema que coordena o sistema; sistema de governança única para toda a rede”*.

Importante ressaltar aqui o elemento defendido pelos autores de uma coordenação central da rede ao longo de todo o serviço.

É dentro desse fundamento que o decreto define as portas de entrada da rede de atenção à saúde (regionalizada) como sendo os serviços estruturados de: a) atenção primária; atenção de urgência e emergência; c) atenção psicossocial; d) especiais de acesso aberto, impondo a referência para os serviços de maior complexidade tecnológica pelos serviços ali enumerados, como os serviços especializados e os hospitalares.

Desse modo, a atenção primária coordena e ordena a rede de atenção à saúde, conforme exaustivamente defendida por inúmeros especialistas de saúde. Nessa linha, o art. 11 do decreto sabiamente determina:

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

¹⁶⁹ *Op. cit.*, p. 127.

¹⁷⁰ Kuschnir R e Chorny AH, 2010, p. 2307.

Após 21 anos, ainda que todos tenham propugnado pela atenção primária como principal porta de entrada e ordenadora das redes de atenção à saúde, isso nunca foi regulamentado. Com a regulamentação institucionaliza-se a atenção primária como principal porta de acesso à rede de atenção à saúde.

A ordenação do acesso impõe aos profissionais de saúde a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, que deve preceder a ordem cronológica (ordem de chegada do cidadão). Em situação igual, prevalece a ordem cronológica; em situação de risco, prevalece sua gravidade. É assim na legislação que rege o transplante no país, a chamada lista única. Prefere-se, ainda, aqueles que por legislação especial merecem tratamento diverso quanto ao acesso aos serviços públicos, como idosos, crianças, gestantes, pessoas com deficiência etc. em razão de suas necessidades especiais. Para a população indígena, se observa regramentos especiais, conforme previsto em leis específicas.

Outro dado relevante é a imposição de que o cidadão tenha assegurado que suas necessidades de saúde devem ser satisfeitas na rede da região ou entre regiões.

O decreto, em seu art. 13, deve assegurar: a) transparência, integralidade da atenção e equidade no acesso; b) orientação e ordenação dos fluxos das ações e serviços; c) monitoramento do acesso; d) garantia da oferta regional das ações e serviços de saúde.

O planejamento, como não poderia deixar de ser, foi regulamentado pelo decreto ante a necessidade de se explicitar o que seria o *planejamento ascendente*, previsto no art. 36 da lei 8.080, de 1990. Planejamento ascendente, do nível local ao estadual e federal, precisa de clareza para não se tornar um planejamento estanque, que suplantaria a intrínseca necessidade de o SUS ter planejamento integrado e regionalizado.

O art. 15 estabelece que:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Com a determinação de um planejamento integrado que une as necessidades de saúde com as disponibilidades orçamentárias, se avança no sentido de estado e sociedade (conselhos de saúde) circunscreverem as ações e serviços de saúde que serão garantidos à população ante demandas infinitas, nem sempre combinadas com a avaliação técnico-sanitária adequada.

Com o planejamento, que é obrigatório para o Poder Público e indutor para o setor privado, nos termos do art. 176 da CF, e trazido para o decreto, há que se conformar os mapas de saúde, que deverão indicar, de maneira regionalizada, a realidade da saúde e sua metas de transformação para confluir em um mapa nacional.

O art. 18 impõe que o planejamento estadual seja realizado de forma regionalizada, o que deverá acontecer com todo o planejamento, que deverá ser realizado nas regiões de saúde, conformando os planejamentos estadual e nacional. É lógico que o planejamento nacional há de conter elementos de âmbito nacional de competência federal (a visão do todo na saúde) para corrigir distorções, equalizar disparidades regionais, e assim por diante.

O planejamento deve guardar coerência com a forma organizativa do SUS: integração de serviços em rede regionalizada que vai apontar para a gestão solidária, compartilhada. A gestão compartilhada acaba por ser uma imposição constitucional e legal, por isso não há escolha nem faculdade. Não se trata de um ato volitivo. Há que se cumprir a lei diante do princípio da legalidade inserto no art. 37 da CF, que norteia a administração pública. A questão toda acaba sendo a forma, o como fazer. O como fazer tem um *iter*, um itinerário, que se inicia com o planejamento integrado e regionalizado e se espraia na prestação dos serviços, também integrados consequentemente. Por isso a região de saúde pautada por lei poria fim à discussão de *como fazer* no sentido legal, e não técnico. O fundamento será a Constituição, que impõe rede regionalizada como forma organizativa dos serviços, obrigatória, pois.

A preocupação expressada por Machado¹⁷¹ em como introduzir padrão de conduta solidário entre os entes governamentais faz sentido na regionalização.

¹⁷¹ Machado RH, 2010, p. 105.

O decreto 7.508 passa, nesse sentido, a ser um marco na institucionalização do SUS, tanto quanto a lei 12.466, da qual tratarei mais adiante. E não deixarei de insistir que a região de saúde deve ser ato formal praticado pelo estado para garantir governança, coordenação regional ao SUS sem perder a descentralização.

Quanto à integralidade – que tenho denominada de matriz da organização do SUS em rede integrada e regionalizada –, o decreto dela cuidou ao dispor em seu art. 20 que a integralidade se inicia e se completa na rede de atenção à saúde mediante referenciamento do cidadão na rede regional e interestadual. Poderia traduzir essa norma como o reconhecimento mais cabal de que no SUS a solidariedade entre os entes é imposição legal, circunscrita à região de saúde ou entre regiões de saúde que devem se articular para o atendimento das necessidades de saúde do cidadão de forma integral.

Outro ponto é o conteúdo da integralidade, exaustivamente tratada neste trabalho, e que agora surge no decreto como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES,¹⁷² que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A integralidade está definida na lei 8.080, de 1990, em seu art. 7º, II, e no decreto, em seu art. 20, dando-lhe conteúdo mediante a RENASES.

Conforme o decreto, art. 43, a primeira RENASES, seu marco zero, é o que o SUS oferece como ações e serviços de saúde na data de sua publicação. As incorporações, alteração ou exclusões, na forma do disposto na recente lei 12.401, de 2011, é competência do Ministério da Saúde, assessorado por uma Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde. Será o Ministério, junto com a Comissão, os que cuidarão da RENASES.

A Constituição determina que os municípios devem cuidar da saúde da população com a cooperação financeira da União e dos estados. A lei 8.080/90, em seu art. 35, estabelece critérios para a partilha dos recursos da União para os estados e municípios. Por sua vez, a lei complementar nº 141, de 2012, dispôs sobre os critérios de rateio dos recursos da União para estados e municípios, lembrando

¹⁷² A Espanha adota, à semelhança da RENASES, a *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización*. Textos legais, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.

que a lei 8.142/90 também trata do tema que agora passa a ser integralmente cuidado pela LC nº 141, que, contudo, remete para o art. 35 da lei 8.080, de 1990.

São vários os dispositivos que versam sobre o rateio dos recursos da União para os estados e municípios. Os critérios para a partilha dos recursos são obrigatórios e não voluntários, fato que me levou a insurgir contra a proposta de realizar as transferências obrigatórias por convênio – documento jurídico próprio para as transferências voluntárias.

É importante agora, a partir da RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, criada no decreto federal 7.508/2011, inverter as regras de discussão da integralidade da assistência à saúde e seu correspondente financiamento.

A integralidade não pode se confundir *com tabela de procedimentos médicos e terapêuticos*, conceito redutor do direito à saúde. Saúde tem conceito amplo que implica a prevenção, proteção e recuperação, além da qualidade de vida que o país oferece aos seus cidadãos. A integralidade deve ser satisfeita independentemente de tabela de procedimentos, que foi criada para definir parâmetros de custo dos serviços de saúde contratados do setor privado. E parâmetros de custos não equivalem à integralidade.

Por outro lado, complementando a integralidade, a RENAME, Relação Nacional de Medicamento do SUS complementa a RENASES no tocante à assistência farmacêutica. O decreto, em seu art. 25, cuidou da RENAME e impôs algumas exigências para o acesso a medicamentos no SUS, que são cumulativos: a) estar o cidadão assistido no SUS; b) ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde do SUS; c) estar a prescrição em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas; e d) ter sido dispensado nas unidades de saúde do SUS.

Duas exceções foram criadas. Uma, no tocante aos medicamentos que os entes federativos, por razões de saúde pública, queiram tornar aberto o acesso, independentemente de o cidadão estar em tratamento no SUS, como acontece com os de hipertensão, diabetes e AIDS, e os medicamentos de caráter especializado, uma vez que nem sempre há a especialidade no âmbito do SUS, cabendo ao

Ministério da Saúde dispor sobre a possibilidade de o medicamento ser prescrito por outro profissional de saúde que não integre o sistema.

Tanto a RENASES quanto a RENAME têm caráter nacional e significa o mínimo de ações e serviços de saúde a ser garantido ao cidadão, não podendo ser restringida por nenhum ente federativo, que pode ampliar o rol, desde que o faça dentro das normas do SUS e disponha sobre seu financiamento.

A articulação federativa foi tratada no art. 30 a 32 e passará, a partir do decreto, a ser uma instância formal de pactuação dos entes federativos no SUS, pelo fato de o SUS ser um sistema de interdependência e gestão compartilhada que sempre requerer arranjos administrativos que contemple essas realidades.

As Comissões Intergestores já existem no SUS, conforme demonstrado neste trabalho. A título de informação, a Itália,¹⁷³ mantém arranjo semelhante, que prevê a participação dos *sindaci* (prefeitos) em conferências com a finalidade de discutir os planos regionais de saúde e sua execução. Na Espanha, no âmbito das comunidades autônomas, existem conselhos interterritoriais¹⁷⁴ do Sistema Nacional de Saúde, que discutem a saúde entre governo e os conselheiros de saúde das comunidades autônomas.

O decreto, ao estabelecer regramentos para as comissões intergestores, garantiu segurança jurídica em suas decisões, que passam a decorrer de uma instância prevista em decreto e agora na lei 12.466, de 2011. Como no próximo item se discorrerá sobre esta lei, deixarei de tecer maiores comentários a esse tema.

A grande inovação existente no decreto é o contrato *de ação pública da saúde*, contrato de natureza organizativa, ordenatório de atividades públicas compartilhadas, tratado neste trabalho. Será por meio de contrato que as múltiplas responsabilidades sanitárias, de âmbito regional, serão definidas.

As responsabilidades sanitárias deviam ser reguladas, todas elas, *a priori*? Se assim fosse, seria fácil tecer a rede de atenção à saúde, sabendo-se, de antemão, as obrigações de cada um. Mas no SUS sabemos que é impossível regular *a priori* o que cada ente deverá fazer, ante a infinitude de variáveis próprias das

¹⁷³ Locci P e Locci R, 2000.

¹⁷⁴ Somoza JE, 2001, p. 101.

desigualdades demográficas, sociais, geográficas, econômicas, culturais existentes em nosso país. Por isso, o modelo contratual há de ser o mais adequado meio de se regular as relações de interdependência dos entes na rede de atenção à saúde de uma região.

É pelo contrato que os entes federativos poderão definir, de acordo com suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, se autoimpondo regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população. Trata-se de uma regulação negocial, ajustada mediante cláusulas e condições contratuais, as quais passam a exercer o papel que seria previamente reservado à lei quanto à definição, em minúcias, das competências dos entes na área da saúde.

Estamos diante de um modelo de inter-relações federativas que devem ser construídas permanentemente, em interregnos de tempo, de acordo com objetivos definidos em lei, e que devem ser alcançados em nome de um dever constitucional, que é o de garantir o direito à saúde.

O contrato, nesse caso, visa minudenciar as competências constitucionais e legais na área da saúde. Para tanto, é necessário delimitar espaços territoriais para a construção da rede de atenção à saúde, regionalizando-se o que a descentralização individualizou.

O contrato visa desfazer práticas centralistas. Sendo um documento jurídico, multilateral, definidor de um conjunto de responsabilidades e um conjunto de metas a ser alcançadas, e sua forma de financiamento, também multilateral, horizontaliza as relações federativas no tocante à saúde.

Sendo o contrato a única forma de os entes federativos, de determinada região de saúde, impor a si mesmos responsabilidades sanitárias, individuais, compartilhadas e solidárias, sua assinatura deveria ser obrigatória.

Se a interdependência dos entes federativos na garantia do direito à saúde é intrínseca ao SUS, ou seja, é de sua natureza constitucional ser um único sistema decorrente da integração de serviços de entes autônomos, o contrato deve ser o elo obrigatório nessa cadeia de inter-relações.

No saneamento básico, a lei 11.445, de 2007, em seu art. 12, definiu o contrato como o meio de regular as relações de interdependência entre os prestadores de serviços de saneamento básico. É claro que no saneamento há prestadores privados (concessionários) e há tarifas (recursos pagos diretamente pelo contribuinte), o que não acontece na saúde, mas não deixa de ser um parâmetro importante para o SUS. Aliás, o SUS por garantir direitos fundamentais, ser de acesso universal e trazer em sua essência a interdependência federativa, há de ser obrigatória a existência um instrumental de cunho jurídico que lhe garanta essa unidade ante a diversidade de atores.

A questão é: o decreto 7.508 torna o contrato *obrigatório* ou apenas dispõe sobre ele como *faculdade*? Trata-se de um ato volitivo? O decreto 7.508 poderia impor o contrato? Entendo que sim. O decreto regula a lei 8.080, de 1990, que impõe sobre as inter-relações, a unicidade do SUS.

As próprias partilhas se sustentam em um conjunto de elementos definidos no art. 17 da lei complementar 141, como as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espacial e de organização de serviços, sempre com a finalidade de diminuir as desigualdades regionais. Esses valores devem ser conhecidos previa e anualmente, de maneira individualizada por ente federativo. O art. 18, por sua vez, que repete redação da lei 8.142, art. 2º, determina que os recursos devem ser alocados no Fundo Nacional de Saúde e transferidos de forma regular e automática aos respectivos fundos de saúde, independentemente de celebração de convênio ou outros instrumentos. Além do mais, o art. 17, § 3º, determina que o Poder Executivo informe aos conselhos de saúde e tribunais de contas montantes de recursos destinados às transferências intergovernamentais pela União, com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes federativos. O primeiro termo de compromisso de gestão surgiu no âmbito do Pacto pela Saúde, 2006; contudo, tratava-se de um termo de compromisso *unilateral*, retratado por um documento encaminhado pelo estado ou o município ao Ministério da Saúde afirmando que se comprometia a realizar determinada ação. Não era um termo *multilateral*, conforme mencionado no texto legal (LC 141). O termo multilateral é o contrato organizativo de ação pública disposto no decreto 7.508. Referido contrato é um acordo entre os entes federativos que dentre outras responsabilidades, destaca-se a das transferências

interfederativas. Esse dispositivo legal confirma a necessidade de os compromissos assumidos pelos entes federativos no âmbito do SUS ser formalizado.

A forma regular e automática repele o contrato ao repelir o convênio e outros instrumentos? Entendo que não. A forma regular e automática não se contradiz ao contrato porque o contrato não visa apenas a transferência de recursos financeiros, mas a estipulação, em comum acordo, das responsabilidades sanitárias dos entes federativos na rede de atenção à saúde e a própria organização da rede regional de saúde. E o próprio § 3º do art. 17 ora mencionado permite seja firmado termo de compromisso e o contrato pode ser uma forma de se estabelecer compromissos multilaterais na saúde.

É mediante o contrato que se definem as responsabilidades: a) pelas ações e serviços de saúde na região de saúde; b) por sua prestação ou garantia; c) por seu financiamento (o próprio e os decorrentes do rateio federativo), além das responsabilidades pelo controle do gasto, da qualidade, da eficiência, desempenho etc. Se há uma rede de atenção à saúde e se ela é resultado da integração de serviços de entes autônomos, há de haver um elemento integrador dessas responsabilidades. E esse será o contrato. E obrigatório, pois.

Essa organização, por não depender de apenas um ente, mas de um conjunto de entes, necessitará ser negociada, que consensos sejam alcançados e o contrato, celebrado, que deverá dispor sobre as responsabilidades organizativas, operativas ou executivas, financeiras e de controle.

Sem um elemento integrador dos serviços não há rede e, não havendo rede, não há sistema e, não havendo sistema, não haverá SUS. E somente um contrato multilateral poderá regular essas obrigações sanitárias.

O decreto dispõe ser o contrato (art. 33) um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Acordo de colaboração pode ser compulsório?

No SUS, a *colaboração é obrigatória*. Pode parecer uma contradição em termos, mas não é. Penso que se pode falar em colaboração obrigatória sem estar se contradizendo. O SUS é um sistema que resulta da *colaboração* dos entes federativos, colaboração esta que não é facultativa. Para garantir o cumprimento

do art. 30, VII, da CF, que determina que o município cuide da saúde com a cooperação técnica e financeira do estado e da União, foram editadas leis *impondo o repasse de recursos da União e dos estados*. Mais que lei. Uma EC foi editada em 2000, a EC 29, dispondo sobre as transferências obrigatórias de recursos federais, alterando o art. 198. Ao se impor o repasse, ele deixou de ser um *ato colaborativo* para passar a *ser obrigatório*. Assim, a colaboração prevista no art. 30, VII, da CF, não é mera faculdade, colaboração. Trata-se de uma *obrigação*. Os repasses interfederativos da saúde são obrigatórios e não voluntários por força constitucional e legal.

A lei 8.080, de 1990, tanto quanto a 8.142, trataram dessas transferências de recursos de *forma obrigatória*. Mais tarde, a obrigatoriedade ganhou sede constitucional.

A lei complementar 101, de 2000, também já havia tratado as transferências do SUS como obrigatórias ao excepcioná-las das voluntárias. A lei complementar nº 141, de 2012, impõe a transferência de recursos federativos e define critérios de partilha dos recursos. Desse modo, a colaboração mencionada na CF, art. 30, VII, é, pois, obrigatória ante toda essa mudança.

O contrato, por ser uma decorrência natural da forma organizativa do SUS e por estar previsto no decreto regulamentando da lei 8.080, de 1990 e de forma mais genérica e abrangente das partilhas no § 3º do art. 17 da lei complementar 141, de 2012, sua celebração também há de ser obrigatória. A integração dos serviços dos entes federativos e a consequente alocação de recursos, definição de responsabilidades há de ser instrumentalizada pelo contrato, sob pena de não haver como vincular os entes federativos de uma região de saúde a esses compromissos organizativos. A organização do SUS, por se pautar na inter-relação e interdependência, encontra no contrato o necessário respaldo jurídico, vinculando os entes federativos signatários.

Sem o contrato, que deve estabelecer a organização e a integração das ações e serviços de saúde, com definição das responsabilidades sanitárias (executiva, organizativa, financeira e de controle), não há rede e não há delimitação da rede em região. A integração do serviço em rede, que deve se regionalizar,

apenas ganha consistência, e as responsabilidades dos entes passam a ser definidas, se houver um contrato que regule essas obrigações.

Aqui começa a se conformar um sistema que causou perplexidades e dificuldades operativas durante todos esses anos, em razão da descentralização, da autonomia dos entes federativos e da regionalização. As compensações financeiras entre os entes federativos para equalizar as regiões de saúde e o sistema de referências somente poderão se concretizar mediante contrato. O decreto determina que o contrato deve, entre outras cláusulas obrigatórias, regular as responsabilidades dos entes perante a população e os recursos financeiros que cada um dos contratantes disponibilizarão para a execução dos serviços de saúde na região de saúde.

6.4.2 A lei 12.466, de 24 de agosto de 2011

Na linha do que vinha defendendo¹⁷⁵ a respeito da institucionalização dos colegiados interfederativos, em 2009, preparei para o CONASEMS uma proposta de projeto de lei regulamentando as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, que denominei de Colegiados Interfederativos Nacional e Estadual. O projeto de lei reconhecia a existência dessas instâncias de pactuação do SUS, e o CONASEMS e o CONASS como entes representantes dos estados e municípios nesses colegiados diante da impossibilidade de se juntar num espaço de negociação 5.565 municípios e 27 estados. Em contrapartida, já existindo no cenário nacional essas duas entidades representativas dos secretários estaduais e municipais de saúde, restaria à lei seu reconhecimento formal. O deputado Arlindo Chinaglia encampou a ideia e propôs um projeto de lei que foi votado e sancionado em 24 de agosto de 2011.

Art. 1º. O Capítulo III do Título II da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 14-A e 14-B:

¹⁷⁵ Santos L & Andrade LOM, *op. cit.*

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

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

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

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

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

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

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

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

A lei 12.466 reconhece as instâncias de pactuação do SUS ao dispor que as “Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O legislador optou por reconhecer sua existência em vez de impor sua criação. Esse caminho foi o mais adequado, pois muitas já são as decisões dessas instâncias que, a partir do reconhecimento, ganham o *referendum* da lei,

ratificando suas decisões, desde que estejam em conformidade com o disposto no parágrafo único do art. 14-A acrescido à lei 8.080, de 1990, o qual estabelece seu campo de atuação.

As Comissões Intergestores no SUS somente podem atuar no campo que a lei lhe reservou, não podendo decidir nada além daquilo previsto como sua competência.

Outro aspecto importante foi o reconhecimento do CONASS, CONASEMS e COSEMS como representantes dos secretários de estado da saúde, secretários municipais da saúde nesses espaços de negociação da gestão compartilhada do SUS.

Sendo o SUS um sistema nacional de execução descentralizada, sua gestão interconectada deve ser objeto de pactuações entre os entes federativos, que devem respeitar as diferenças geográficas e socioeconômicas uns dos outros e contribuir para erradicar as desigualdades regionais e locais, tornando realidade a integralidade da assistência à saúde.

Por isso, o SUS impõe que sejam criados esses colegiados interfederativos com a finalidade de decidir todos os aspectos da gestão, em especial a explicitação das responsabilidades dos dirigentes da saúde e o financiamento desses serviços.

A exigência dessa permanente articulação interfederativa requer que esses colegiados – o *locus* dos consensos – tenham segurança jurídica para que suas decisões possam ter legitimidade jurídica e serem reconhecidas perante terceiros.

As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, criadas em 1991, ainda que cumpram papel relevante na gestão do SUS, são arranjos que não alcançaram a necessária institucionalização, sendo espaços do *Ministério da Saúde* e da *Secretaria de Estado da Saúde*, e não do *Sistema Único de Saúde*.

O Conselho Nacional de Saúde, pela resolução nº 2, de 26 de abril de 1991, publicada em 12 de dezembro de 1991, já citada neste trabalho, recomendou ao Ministério da Saúde a “*criação de uma Comissão Especial visando discutir e elaborar propostas para a implementação e operacionalização do SUS constituída pelas três*

instâncias gestoras públicas". Em decorrência dessa recomendação, foi criada, pelo Ministério da Saúde, em 22 de julho de 1991, pela portaria MS 1.180, a comissão intergestores tripartite, mas sem implementação até o ano de 1993, conforme já explicitado na primeira parte.

A partir da edição da NOB 93, constitui-se, no âmbito da Direção Nacional do SUS, comissão intergovernamental trilateral e, no âmbito dos estados, as comissões intergovernamentais bilaterais, nas quais têm assento, respectivamente, a União, pelo seu Ministério da Saúde, o estado, por sua representação institucional, o CONASS,¹⁷⁶ e o município, por sua representação institucional, o CONASEMS;¹⁷⁷ no âmbito do estado, as comissões.

No âmbito do estado, as Comissões Intergovernamentais Bilaterais são compostas pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos municípios, representados pelo COSEMS,¹⁷⁸ sendo essas comissões fóruns políticos e administrativos de decisão conjunta da definição de responsabilidades dos entes federativos. Esses colegiados interfederativos foram um arranjo extremamente criativo e interessante construído pela área da saúde. E porque os estados e os municípios são representados pelo CONASS e CONASEMS, respectivamente?

Com esses consensos, que não podem ser tomados com a participação de cada um dos 5.565 municípios e 27 estados brasileiros, por ser operacionalmente inviável, os municípios passaram a ser representados pelo CONASEMS e os estados, pelo CONASS, e no âmbito do estado os municípios são representados pelo COSEMS.

Exatamente por serem os municípios e os estados representados por esses entes privados associativos, e, ainda que tenham adquirido legitimidade política, esses entes representam estados e municípios, e por isso precisam ser

¹⁷⁶ CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Essa associação privada de Secretarias de Saúde dos Estados é reconhecida pela lei 8.142/90 e por diversas portarias ministeriais como o ente de representação institucional dos estados na área da saúde, perante órgãos e entes públicos, como o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, entre outros.

¹⁷⁷ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – entidade privada associativa que agrupa todas as secretarias municipais de saúde e as representa institucionalmente perante entes e órgãos públicos e privados, como o Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde etc.

¹⁷⁸ Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde. Trata de uma entidade associativa que representa as Secretarias Municipais de Saúde perante cada estado e perante entes e órgãos públicos e privados, como o Conselho Estadual de Saúde.

reconhecidos juridicamente para que suas decisões possam ter validade perante terceiros e os próprios entes federativos.

É importante ressaltar que as comissões intergestores nem sempre foram de fato o palco de definições consensuais ante a excessiva normatização infralegal ministerial, que, muitas vezes, desrespeitou as autonomias estaduais e municipais e desconsiderou os consensos.

As comissões tripartite e bipartites nunca foram objeto de disciplina normativa que lhes desse segurança jurídica e organicidade, além de serem hierarquicamente complicadas, pois a comissão tripartite pertence ao Ministério da Saúde. Constituída por portaria ministerial, nunca teve regramento próprio que lhe atribuísse competências explícitas e composição interfederativa, com reconhecimento expresso da legitimidade do CONASS, do CONASEMS e do COSEMS como representantes institucionais dos gestores da saúde. O mesmo ocorre com as comissões bipartites, criadas pelo estado com a participação dos municípios. Há uma clara sensação de hierarquia nessas comissões, uma vez que o estado poderá, tanto quanto a União, revogar as portarias que as criaram. Além do mais, as decisões dessas comissões, quando tornadas públicas, revestem-se do formato de portarias do Ministério da Saúde ou da secretaria de estado da saúde.

Por não terem um substrato legal próprio, essas comissões não estão cobertas da necessária legitimidade para definir ou decidir certas questões e responsabilidades, principalmente competências. E quando, perante o Judiciário, se alegam essas decisões nas demandas contra o SUS, elas não são consideradas. Nesse campo, não há um ambiente de segurança jurídica para os municípios nas comissões bipartites (estaduais) e para os municípios e estados na comissão tripartite (nacional), fato indispensável nas relações públicas ou privadas.

Por isso defendi a normatização própria para esses colegiados. Precisa ser garantida sua institucionalidade, com fixação de sua composição e atribuição, reconhecendo-se ainda entes como CONASS, CONASEMS e COSEMS como legítimos representantes dos entes federados nesses colegiados o que agora passa a ser uma realidade com a edição da lei 12.466, de 2011 em comento.

Sempre defendi que o colegiado interfederativo não deveria ser hierarquizado, pertencendo à União (Ministério da Saúde) ou ao estado (secretaria da saúde), e sim ser um espaço de todos os entes interfederativos, que, na rede SUS, se conectam numa interdependência operativa, financeira, administrativa e sanitária. Ele deve ter espaço próprio, autônomo, ainda que vinculado a um ente para efeitos administrativos, editando as próprias deliberações, não se subordinando à decisão de um dos entes do colegiado na publicização de seus atos (que serão autônomos em relação ao ente ao qual ficar vinculado administrativamente).

Com a publicação da lei 12.466, supera-se essa dificuldade existente no SUS, e passos largos foram dados em sua institucionalidade, reconhecendo-se a necessidade da existência de instâncias de negociação e consenso, o papel desempenhado pelos colegiados interfederativos, aprofundando-se assim as relações interfederativas, ínsitas ao SUS e compatíveis com sua forma organizativa, contemporânea, que além de retratar os valores das práticas federativas insere o SUS na mais atual forma de estado, que é aquele que reconhece toda a diversidade existente à sua volta, dialoga, negocia, faz consenso e se vincula a toda forma de contratualização das vontades públicas e sociais. A lei 12.466 é um avanço na consolidação do SUS.

Por ultimo, importa dizer que tem surgido embate no tocante às competências dessas instâncias e as dos conselhos de saúde. Não vejo conflito, porque a primeira é, na realidade, uma reunião dos entes federativos para discutir a gestão do SUS. A segunda, a expressão da democracia participativa no SUS, instância de discussão entre Estado e Sociedade com a finalidade, nos termos da lei 8.142, de 1990, definir a política de saúde e fiscalizar sua execução.

O conselho tem papel mais político ao definir, em conjunto com o Poder Público, as políticas de saúde brasileira, enquanto as Comissões Intergestores têm o papel de definir, em comum acordo, como essas políticas serão, enfim, operacionalizadas, financiadas, responsabilizadas por cada ente. Tanto é compatível que foi o próprio Conselho Nacional de Saúde que propôs sua criação pelo Ministério da Saúde em 1991. Deve-se propugnar todo o tempo pela compatibilização entre o papel dos conselhos de saúde e o das instancias colegiadas dos entes federativos. O primeiro representa a sociedade, a comunidade

no SUS, nos termos do art. 198, III, da CF; a segunda representa os próprios gestores da saúde que, em razão de integração dos serviços de uns com os outros em rede regionalizada (art. 198 da CF), devem contar com espaços, instâncias próprias de gestão compartilhada de seus serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O ontem, o hoje e o amanhã do SUS

Este trabalho visou olhar o SUS em sua forma organizativa, encarando os desafios de sua complexa organização jurídico-administrativa e propondo reflexões para seu amanhã. Pensar o futuro nos leva a inquirir o hoje e, para entender o hoje, devemos olhar o ontem.

O ontem do SUS tem duas vertentes importantes: a) a generosidade da sociedade brasileira, representada pelos Constituintes de 1988, ainda que cindidos entre o que se denominava à época de “centrão” e de “esquerda”, consagraram o direito à saúde em seu mais amplo aspecto: *aquele que deve resultar de políticas sociais e econômicas que garantam qualidade de vida e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde*; e b) a liberdade da iniciativa privada para explorar economicamente a saúde.

Duas premissas difíceis de combinar em razão de aparentemente uma excluir a outra: sendo a saúde pública gratuita de excelente qualidade, pouco restará à iniciativa privada para ser explorada, uma vez que poucos farão a opção pela saúde paga. A saúde pública de qualidade pode ser o fracasso da saúde privada explorada economicamente. E saúde pública de qualidade significa sua garantia para uma população de 191 milhões de habitantes, em valores mínimos *per capita*/ano de mil dólares, fato ainda distante (mais de trezentos milhões de reais/ano).

Como sair desse dilema é tema para uma nova tese. Contudo, esse tema não pode deixar de ser considerado no SUS ante as grandes dificuldades que enfrenta em sua implementação diária e em sua consolidação como política pública de Estado que toma o ser humano como um fim em si mesmo, sujeito e não objeto de direitos humanos.

O ontem e o hoje, nesse campo, mostram a grande timidez do Poder Público em regular, fiscalizar e controlar o setor privado, nos termos do art. 197 da CF, apontando para um futuro tíbio, de pouca regulação pública sobre o que a iniciativa privada pode explorar economicamente, seus limites, possibilidades, planejamento público indutor de políticas para o setor privado, e assim por diante.

Não se pretende com isso expressar um sentimento de que a saúde deve ter natureza exclusivamente pública, ser monoliticamente pública e sim não deixar de considerar as dificuldades que um sistema híbrido encerra e considerar a necessidade de se delimitar os campos de atuação de um e de outro mediante diálogos, acordos e pactos sociais que conduzam a saúde pública a um fim que a preserve de ataques do mercado, mediante regramentos que permitam o convívio harmônico de ambos, do público e do privado, delimitando com coragem o campo de atuação de cada um.

Essa delimitação urge para compatibilizar a liberdade da iniciativa privada, a livre concorrência e a relevância pública das ações e serviços de saúde para encontrar seu ponto de virtuosidade com o Poder Público, capaz de induzir o setor privado a atuar em conformidade com a política de saúde pensada *lato sensu*, ou seja, como um bem público acima dos interesses privados, corporativos, segmentados, econômicos.

A garantia dos espaços desejados pela sociedade sobre a possibilidade de consumir serviços de saúde, mediante pagamento, não pode se afastar do controle e da fiscalização pública, devendo se submeter às necessidades das políticas públicas. Aliás o *consumo de saúde* se sujeita a alguns mandamentos do mercado, como excessiva liberdade de propaganda de produtos e serviços de saúde, formação médica voltada para o mercado, fraca qualidade dos serviços públicos de saúde levando a população a não ter sentido de pertencimento aos serviços, falta de regulação do setor privado, entre outras questões.

Esses serviços devem se manter distantes de qualquer benefício público, vedando-se a utilização do aparato público para sua complementação sem o devido ressarcimento, nos termos do que já determina a lei 9.656, de 1998, cumprida de maneira tibia. Aliás, a CF (art. 199, § 2º), ao vedar qualquer tipo de auxílio e subvenção pública ao setor privado lucrativo, impôs ao setor privado a

impossibilidade de se beneficiar de recursos públicos, sob qualquer forma ou pretexto. Esse é o substrato legal para impedir que as operadoras de planos e seguro-saúde deixem de ressarcir o SUS quando seu beneficiário utiliza serviços públicos garantidos em seu plano privado de saúde. Passados catorze anos, independentemente da lei, continuamos sem esse ressarcimento.

Interessante lembrar que a redação do art. 197 da CF, durante a Assembleia Nacional Constituinte,¹⁷⁹ propunha ser as ações e serviços de saúde (públicos e privados) de *natureza pública*, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle; isso foi mudado para *relevância pública* ante o receio de, em sendo as ações e serviços de saúde de natureza pública, haver grandes restrições à atuação da iniciativa privada.

No tocante ao financiamento – ponto crucial para um sistema de saúde que se pretende universal e igualitário para todos os brasileiros – do ontem ao hoje, apontando para o futuro, são poucas as chances de se ter fonte de financiamento suficiente para a garantia de uma saúde de *qualidade*, assentada nas necessidades de saúde da população num país de grande demografia como o nosso.

O financiamento sempre pautará sua organização. Seja no tocante à sua sustentabilidade, seja no tocante à repartição dos recursos públicos entre os entes federativos. Os recursos públicos não são suficientes para financiar uma saúde de qualidade, e, além dessa escassez, ainda há o fato de que quase metade dos recursos que financiam a saúde pública estão no Ministério da Saúde, que deve transferi-los aos demais entes federativos. Essa transferência nem sempre se pauta pelos critérios previstos nas leis que os regulamentam. A recente lei complementar 141, de 2012, não acresceu novos valores à base de financiamento ao SUS, conforme se esperava no tocante à União, também não dispôs sobre critérios mais objetivos para orientar as partilhas federais devidas aos entes subnacionais, permitindo assim que a União continue a repartir os recursos de maneira fracionada, como o faz há mais de duas décadas, mantendo o *critério da cenoura e da vara*.

O amanhã do SUS, em relação à sua organização jurídico-administrativa e técnica, certamente redundará em resultados qualitativos ou negativos, dependendo de como vamos operá-lo *lato senso*, ou seja, sob a óptica de todos estes

¹⁷⁹ Anais da Assembleia Nacional Constituinte, Seguridade Social, Congresso Nacional.

fatores: o financiamento, o padrão de integralidade, sua qualidade, a descentralização somada ao melhor desenvolvimento dos municípios, a distribuição das responsabilidades sanitárias entre os entes federativos, os espaços reservados à iniciativa privada, a democracia participativa, entre outros.

A descentralização apartada da maturidade política e econômica do município, sob o apelo único de autonomia do poder local, da proximidade com o cidadão, não será capaz de vencer as barreiras do clientelismo político, da cooptação orçamentária, da corrupção, da ausência do conceito de cidadania, da falta de modernização da administração pública, da fraca capacidade de regulação imparcial das atividades privadas na saúde e de outros males que afetam a nossa sociedade e o Poder Público. Pelo contrário, poderá, muitas vezes, agravar as disparidades regionais, em vez de diminuí-las.

Contudo, estudos têm demonstrando que, mesmo com muitas dificuldades, a descentralização trouxe em especial para os entes municipais um soberbo papel de *atuação* na área da saúde. Não há um único município brasileiro que não cuide, de modo precário ou não, da saúde pública. Esse é um dado paradigmático no sentido de demonstrar que a descentralização é de fundamental importância como *valor estrutural organizativo do SUS*, mas que precisa agregar outros valores, como o do desenvolvimento socioeconômico do ente municipal, melhoria de sua capacidade fiscal e a agregação dos serviços de saúde em rede que se regionaliza, organizando assim as regiões de saúde. Esse dado é confirmado por Campos,¹⁸⁰ que afirma que

ainda que incompleto e que a delegação de responsabilidade tenha sido maior do que a de poder, pode-se afirmar com segurança que o desenho do sistema de saúde brasileiro modificou-se bastante nos últimos 15 anos, ampliando a extensão, a importância e as funções dos sistemas estaduais e municipais.

Em contrapartida, deve se considerar que a tão esperada modernização dos serviços públicos, a reforma da administração pública compatível com as demandas de um estado sempre em crise no tocante à sua incapacidade de garantir ao cidadão, de modo efetivo, eficaz, qualitativo, os direitos que lhe foram garantidos pela Constituição, ainda está distante do dia a dia da administração.

¹⁸⁰ Campos GWS, 2006.

Um Estado capaz de formular políticas, descentralizá-las e exercer, de maneira eficiente e imparcial, *a função regulatória*, permitindo assim maior flexibilidade quanto à execução das políticas, que mesmo não estando diretamente sob sua ação, deve *manter-se sob seu manto, sua orientação, seu acompanhamento, seu controle*, e um direito administrativo que seja capaz de se construir *fora das fronteiras tradicionais do espaço da administração pública*,¹⁸¹ por considerar a coletividade, o cidadão, o mundo privado como inerentes às suas ações por haver interesse público estatal e não estatal, do qual as entidades sem finalidades lucrativas são expressão.

Todos esses percalços, esses atrasos no desenvolvimento político-federativo do país, não deixam de contaminar a organização dos serviços públicos, em especial a saúde, que é essencialmente interdependente.

A não modernização da administração pública tem dificultado a assunção das novas responsabilidades do Estado quanto à garantia dos direitos sociais; reformas que não atingiram a burocracia pública transformando-a de modo a preparar a administração para novas realidades do século XXI ante uma sociedade que muda a passos largos e exige a reinvenção de suas práticas para alcançar eficiência.¹⁸²

Paradigmática a comparação que faz Sundfeld¹⁸³ em artigo aqui citado ao apontar o direito administrativo no qual se focam os resultados, fixando prioridades, gerenciando a escassez de tempo e recursos, visando soluções, acordos e rapidez, e o direito administrativo que aumenta a formalidade nos procedimentos, não busca solução rápidas, não aceita fazer acordos, acresce custos, não se preocupa com o tempo, se finca no “não pode”, não aceita riscos e não se preocupa com o custo-benefício, apenas com a formalidade. De um lado, o direito administrativo do *clips* e, de outro, o direito administrativo dos *negócios*, de acordo com o autor.

¹⁸¹ *Apud* Souto MJV, 2002, p. 45.

¹⁸² Em 16 de julho de 2009, uma comissão de juristas entregou ao ministro do planejamento, orçamento e gestão os resultados dos trabalhos decorrentes da portaria MP 426, de 06 de dezembro de 2007, propondo uma nova estrutura orgânica para o funcionamento da administração pública federal e de suas relações com entes de colaboração. Esse projeto encontra-se até hoje aguardando encaminhamentos que o tornem um projeto de lei a ser enviado ao Congresso Nacional. O referido projeto traz inovações, como o contrato de autonomia, o contrato de colaboração, a fundação estatal, entre outros elementos de modernização da administração pública. Documento impresso pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em 2009.

¹⁸³ Sundfeld CA, 2008.

Tudo isso tem alto custo, tanto financeiro quanto de resultados, que pode inclusive custar a vida de uma pessoa no campo da saúde, das urgências e emergências, quando um dia, uma hora, pode ser fatal para a vida humana.

Para modernizar a gestão da saúde, importa compreender que novos elementos são necessários para que o SUS possa se consolidar: as instâncias de concertação, a forma de gestão compartilhada, o financiamento tripartite suficiente, as interdependências, a contratualização, tudo com a finalidade de alcançar e consolidar um sistema eficiente, eficaz e capaz de cumprir a finalidade única do serviço público que é estar a serviço do cidadão.

Nesse ponto, vale a pena refletir sobre as propostas apresentadas por Peter Senge¹⁸⁴ quanto às práticas da gestão compartilhada num mundo cada vez mais interconectado e interdependente. Em seu entendimento, a visão compartilhada estimula o comprometimento mútuo e ajuda a assunção conjunta de responsabilidades, fazendo com que todos os envolvidos se sintam coautores das propostas, soluções e resultados, e não meros executores de propostas pensadas por pessoas que estariam hierarquicamente acima dos demais. Nesse passo, aponto a rede interfederativa de saúde como elemento essencial para garantir a união dos entes federativos, unidos por um pensamento sistêmico, por confiar uns nos outros e sentir-se integrantes da mesma concepção, atuando mediante concertação político-administrativa na organização das redes de serviços.

Há que se pensar em novas formas de gerir o SUS levando-se em conta os custos dos atrasos, da indolência, do amadorismo, do clientelismo e da incúria administrativa; considerar que o planejamento é essencial e deve saber traçar prioridades; estabelecer acordo com o setor privado, que participa complementarmente do SUS, para manter a coesão do sistema; unificar conceitos ao mesmo tempo em que se permite a assunção de práticas diferenciadas em territórios diversos, como é o caso da região amazônica, onde a saúde deve se dar sob rota de rios, sob o casco de barcos, distâncias não cobertas por aviões e automóveis, coisa que nem sempre o administrador pode perceber sentado no poder central.

¹⁸⁴ Senge P, 2009, p. 262.

São incontáveis as dificuldades existentes na gestão da saúde quanto a processos, procedimentos, estruturas, conceitos administrativos que precisam encontrar o caminho que ao leve à efetivação dos direitos fundamentais, por ser o Estado

*uma realidade instrumental [...]. Todos os poderes do Estado, ou melhor, todos os órgãos constitucionais, têm por finalidade buscar a plena satisfação dos direitos fundamentais. Quando o Estado se desvia disso ele está, do ponto de vista político, se deslegitimando, e do ponto de vista jurídico, se desconstitucionalizando.*¹⁸⁵

É necessário que a maturidade dos mais de 21 anos de sistema de saúde universal e igualitário traga maior compreensão para os institutos do direito sanitário, o sistematize, permita a institucionalização de arranjos adotados há anos, dote a administração pública da necessária agilidade na gestão da rede de saúde, reconheça que essas redes têm cunho interfederativom fazendo nascer um Estado que negocia e faz consenso, com os contratos organizativos fechando as responsabilidades públicas, vinculando a todos; obrigações sanitárias com força jurídica, conformando a rede de serviços.

O SUS é um sistema afeito a práticas federativas, ao princípio da subsidiariedade, relações intergovernamentais, não podendo continuar a ter sua organização pautada por modelos impróprios, não harmônicos, que tendem a transformar um sistema, tão contemporâneo do ponto de vista organizacional e de garantia de direitos sociais, num arremedo de unificação e descentralização, com o poder central determinando isoladamente, em razão dos recursos que detém para as transferências intergovernamentais, a política de saúde, seu modo de execução, causando assim grave ferida à concepção inovadora de descentralização, subsidiariedade, regionalização e compartilhamento.

O SUS nasceu inovador e sob o formato de rede de serviços de entes federativos autônomos. Estado-rede, estado que negocia com seus entes políticos, os quais reciprocamente coordenam os serviços que gerem. Estado do consenso. Entes autônomos que se sabem interdependentes e que se interconectam e compartilham o poder na área da saúde. Estado da concertação política e administrativa.

¹⁸⁵ Binenbojm G, 2006, p. 72.

Um sistema que, desde a origem, permite que o setor privado participe dele de forma complementar e que pouco fez até o presente momento para melhorar esse espaço de gestão, que deveria ser pensado sob o formato da cogestão, colaboração, cooperação, parcerias, sob forte regulação. Ainda que saibamos ser necessário ter os olhos bem abertos para negociar em favor do cidadão, do ser humano, da eficiência dos serviços, dos melhores resultados e do desempenho qualitativo da rede de serviços, não se pode furtar ao diálogo.

Um sistema que conta com a participação da comunidade na definição da política da saúde e na fiscalização de sua execução e que deveria formar, conforme Morell Ocana, citado por Medauar,¹⁸⁶ *“uma ponte entre um mundo administrativo muito fechado e cidadãos muito esquecidos”*.

Contudo, nesse campo, não poderia deixar de apresentar alguns reparos aos caminhos da participação social, que na área da saúde vem entrando numa seara de desconfiança entre o cidadão-conselheiro e o gestor público. O que é (e era) para ser uma das vertentes da democracia, a democratização dos procedimentos administrativos mediante busca de maior legitimação e consenso entre administrador e administrados vem merecendo críticas ante algumas consequências, como as elencadas por Binenbjom:¹⁸⁷

a) lentidão excessiva dos processos decisórios; b) aumento dos custos da máquina administrativa; c) riscos da prevalência dos interesses mais poderosos e bem organizados, que dominam os processos de participação; d) conflitos entre legitimidade e eficiência administrativa,

dentre outros.

Alguma coisa está errada por não ser possível conciliar os olhares da comunidade com os da administração, uma vez que a pretensão de ambos é a mesma: saúde de qualidade. Onde estão as dificuldades, as tensões quase que permanentes nesses espaços? Na esfera pública, que muitas vezes não quer dialogar de maneira franca? Nos conselhos de saúde, que muitas vezes defendem interesses corporativos sem se preocupar com as políticas de saúde que de fato melhorem a vida das pessoas? Tensão e antagonismo sempre existirão, mas há que

¹⁸⁶ Medauar O, 2003, p. 229.

¹⁸⁷ Binenbojm G, *op. cit.*, p. 78.

existir também fórmulas sensatas de resolvê-los, sem se perder tempo com comissões inúteis, grupos de trabalhos, reuniões improdutivas, processos infintos que não produzem os resultados esperados, não havendo quase nunca, num mundo onde uma das maiores escassez é o tempo, essa preocupação, parecendo que tudo anda a passo de jegue: o tempo, o custo, o resultado, sem que ninguém olhe para esses fatos com seriedade e soluções.

Na realidade, os conselhos que deveriam ser a ponte entre a administração e a sociedade, conforme dito anteriormente, no sentido de “*democratizar as democracias representativas*”,¹⁸⁸ muitas vezes atuam no sentido de impor obstáculos, sem que ninguém se anime em restaurá-la. Nelson Rodrigues dos Santos¹⁸⁹ assevera

que os conselhos e os gestores continuam descolados entre si, sem articular e somar esforços para participar e atuar na formulação de estratégias para as políticas de saúde. Este duplo descolamento dos conselhos de saúde, das entidades e movimentos da sociedade neles representados, no campo da informação, politização e mobilização, assim como dos gestores, no campo da atuação na formulação de estratégias, talvez seja uma das questões mais candentes a serem pautadas e superadas nas conferências e conselhos de saúde.

Na saúde há muito que fazer. Há muitos deveres para o Estado e também para a sociedade: dever de promover a saúde mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que evitem o risco da doença (promotor da saúde, concebendo-a não apenas como fenômeno biológico, mas como o resultado de condições ambientais, sociais e econômicas); o cidadão, a comunidade que também deve ser responsável pela própria saúde – alçada, esta, à condição de direito fundamental, por vincular-se diretamente à dignidade humana e ao direito à vida, inviolável.

Portanto, a participação social na saúde precisa retomar seu caminho construtivo de alcançar melhoria nas estruturas públicas, na formulação das políticas de saúde e em sua execução e deixar de ser um fim em si mesmo para se tornar um fim em favor da cidadania.

¹⁸⁸ Binenbojm G, *op. cit.*, p. 78.

¹⁸⁹ Santos NR. Acesso universal e de qualidade: no SUS legal e no SUS real. Disponível em: <www.idisa.org.br>.

A regionalização deve se fortalecer permitindo a aglutinação de serviços que não podem, em nome da descentralização que pauta o SUS, ser fracionados; ele pode ser individualizado no tocante às responsabilidades ínsitas aos entes no que se refere ao cuidado com a saúde, mas será interligado em rede, unindo gestão compartilhada com gestão única. Somente a rede regionalizada (região de saúde) pode alcançar esse objetivo. Contudo, essa rede ainda não existe de fato na maioria dos territórios, tendo em vista a ausência de diversos elementos, um deles de grande importância, que é a informatização dos processos de registro de dados dos usuários da saúde. A rede é sistêmica, mas os registros não contam com processos que lhes deem vida sistêmica: os registros não estão interconectados, com o cartão nacional de saúde sendo, muitas vezes, mais um cartão de identidade do que uma chave que abre um sistema e permite conhecer e inserir dados.

Na rede, além dos diversos elementos como o dos processos de informatização, outros são relevantes para garantir solidariedade e individualidade: ao mesmo tempo em que o ente é solidário na rede de saúde, ele continua a deter poderes políticos individualizados para executá-los mediante processos de concertação prévia das políticas de saúde, sempre com a participação da sociedade, o móvel da garantia do direito à saúde.

Nesse ponto, a rede interfederativa de saúde pode ser de grande valia, e, guardada as devidas proporções, trazer para si o conceito de governança que nasceu na Inglaterra há mais de cem anos e, nos anos 1980, foi revivida para por cobro aos desmandos das megaempresas transnacionais, como um sistema que adota princípios como o da responsabilidade, transparência, equidade, planejamento, visão de futuro, participação na gestão de atividades ou serviços.¹⁹⁰

A rede interfederativa de saúde aqui tratada deve ter a função de unir os entes políticos, aglutinar os municípios limítrofes, decidir e atuar por concertação, consenso, assumindo funções político-administrativas na região de

¹⁹⁰ “Os princípios da ‘corporate governance’ expressão cunhada, na Inglaterra, há mais de cem anos, no limiar do processo de expansão do capitalismo moderno nos países anglo-saxões, foram revividos, ampliados e fortalecidos a partir das décadas de 70/80 do século XX, em virtude da derrocada e da insolvência de megaempresas transnacionais, provocadas por fraudes contábeis, dilapidação de ativos patrimoniais e escândalos financeiros, que compeliram investidores institucionais, em especial fundos de pensão, a abandonar a arraigada e nociva prática do ‘absenteísmo’ nas assembleias-gerais de acionistas e a passar a exercer, em toda sua plenitude, os direitos que a lei lhes assegura”. Destaque-se os princípios de governança corporativa elencados por Richard Koppes, como: “responsabilidade, transparência, equidade, métodos de voto, código de boa conduta e visão a longo prazo”, os quais podemos levar para a governança da rede de saúde, com as devidas adaptações. Torres RL et al., 2011, p. 503.

saúde, gerando governança em seu sentido mais contemporâneo, que também se define nos dias de hoje como o “conjunto de mecanismos e procedimentos para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade, o que implica expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração do jogo de interesses”.¹⁹¹

A rede interfederativa de saúde pode dotar o SUS de maior governança regional por comportar a pluralidade de municípios que constitui a base dos serviços regionais de saúde, que perdem sua expressão de serviços apenas de *interesse local* para compor uma rede de serviços de *interesse regional*, dos quais devem participar o estado e a própria União para oferecer garantias a uma gestão que se regionaliza e requer governança interfederativa.

A rede deverá conter: a) comissões intergestores regionais,¹⁹² com competência para definir a operacionalidade dos serviços de saúde na região, com as devidas compensações financeiras em nome da solidariedade sistêmica; e b) uma coordenação executiva com a função de coordenar a operacionalidade das decisões da comissão intergestores, atuando como agente coordenador da gestão interfederativa na região, promovendo a governança regional.

Poderão os entes federativos decidir, por exemplo, pela criação de determinadas pessoas jurídicas regionalizadas, como os consórcios, a fundação estatal interfederativa para a execução conjunta de determinadas atividades que julguem necessárias ganhar escala e escopo, o que a rede de todo modo deve ter sem, contudo, subtrair a governança interfederativa, regional, dos seus entes. Essas soluções administrativas são para determinados serviços da rede e não para a sua gestão sistêmica.

O elo, o elemento aglutinador das responsabilidades, o estatuto jurídico que conformará as redes de atenção à saúde da região, com fixação das responsabilidades federativas na saúde, será o contrato. O contrato como expressão a vontade dos entes federativos, atuando como um estatuto jurídico da região de saúde. Na região, teremos o contrato como elemento integrador dos entes autônomos, que atua como se fosse uma forma de os entes se autorregularem

¹⁹¹ Diniz, Eli. *Apud* Oliveira GJ, 2008, p. 26.

¹⁹² A denominação *Comissão Intergestores Regional* é inadequada por não se tratar de uma comissão, e sim de um conselho, um colegiado de entes federativos representados pelo governo por meio dos secretários de saúde. A expressão mais adequada seria “Colegiados Interfederativos de Saúde Regional”.

no tocante a todos os aspectos do SUS regional. O contrato organizativo da ação pública, o qual terá a nobre função de dar garantia à conformação da rede de atenção à saúde e às responsabilidades dos entes nessa rede, será o elemento que possibilitará que a descentralização se regionalize. O contrato poderá ainda prever a coordenação executiva de que falamos anteriormente.

Contudo para que o SUS alcance de fato sua maturidade e possa ser um sistema que dê garantias efetivas ao cidadão, impõe-se uma reconfiguração de sua organização, com o redimensionamento do papel dos entes federativos, dentre eles o do Ministério da Saúde, que não poderá continuar a agir como se o SUS fosse um sistema federal, definindo de forma centralizada programas e projetos aos demais entes em função dos recursos financeiros. É preciso *desfederalizar* o SUS; *regionalizar a descentralização* e fixar responsabilidades sanitárias mediante consenso instrumentalizado pelo contrato, com cláusulas e condições vinculantes aos seus signatários. Os espaços de *cooperação* de não podem se transformar em espaços de *auxílio financeiro* exclusivamente. Silveira¹⁹³ bem situa o federalismo brasileiro ao dizer que há uma forte tendência no Brasil de confundir cooperação com estrito auxílio financeiro em decorrência das desigualdades financeiras regionais, havendo necessidade de se adotar o princípio de solidariedade e coesão para alcançar o equilíbrio financeiro e a substancial homogeneidade de todos os entes federativos. Isso tem a ver com certo descompromisso com as normas constitucionais que nem sempre estão presentes na manifestação dos responsáveis pela ordem jurídico-constitucional que acabam não identificando a Constituição como normativa, não lhe conferindo valor de ordem inviolável na proteção do cidadão.

O Ministério da Saúde¹⁹⁴ há que se ater a seu papel de direção nacional, atuando no campo da definição de políticas nacionais, dos aspectos gerais e normativos das vigilâncias em saúde, formação de pessoal, definição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, do padrão nacional de integralidade e demais

¹⁹³ Silveira A, 2007.

¹⁹⁴ O Ministério da Saúde necessita rever suas práticas de agir nos espaços de competências próprias dos estados e municípios. Não faz sentido o Ministério da Saúde manter um sistema nacional de ouvidoria como se lhe fosse possível ser resolutivo nas demandas dos cidadãos de todos os estados brasileiros. Esse papel deveria ser reservado aos municípios e ao estado, atuando o Ministério no sentido de apoiá-los, analisar seus dados, promover estudos, mas jamais ser o ente ativo e direto na escuta do cidadão. Ele deve ser o coordenador, o indutor, o que analisa e divulga os resultados, mas jamais o ente que deve tomar as decisões em relação ao que se apura *individualmente*.

ações de cunho nacional, principiológicas, de diretrizes com a finalidade de manter sua unicidade conceitual.

As atividades executivas, operativas, as definições das metas regionais devem estar afetas ao estado e à região de saúde e ser implementadas de forma articulada pelos entes municipais, de acordo com as realidades e especificidades estaduais e regionais.

Nesse aspecto, deixar o ontem em nome de um futuro menos conservador, sendo de grande importância pensar nas heranças centralistas que matizaram a Federação brasileira. Lembrar que nossa Federação é ímpar por ter alçado o município à condição de ente autônomo, ainda que inúmeros e desiguais quanto à sua condição socioeconômica e ainda dependentes de repasses de recursos da unidade central. E que ainda navegam num caldo de cultura política e de dificuldades operativas pelo fato de a elevação do município à condição de ente federativo não se ter feito acompanhar de uma política voltada para seu desenvolvimento e autonomia econômica e fiscal; pelo contrário, muitos municípios ainda sobrevivem dos repasses feitos pela União de forma casuística e muitas vezes eleitoreiras. A nossa República Federativa não abandonou sua alma unitária e centralista, mantendo rédeas curtas no tocante às autonomias, em especial a fiscal.

Por último, importa ainda tratar nestas considerações finais da judicialização dos direitos fundamentais, interferindo o Poder Judiciário na atuação do Poder Executivo para concretizar direitos como os da saúde.

É relevante o enfoque trazido por Barroso¹⁹⁵ quanto à judicialização dos direitos fundamentais da saúde no Brasil, ante um tardio amadurecimento institucional (ainda em curso), a hegemonia do Executivo e as fragilidades do sistema representativo, gerando certa confusão em relação aos limites da separação entre direito e política. Na área da saúde, há muitas dificuldades de atuação harmônica entre ambos os poderes diante da ausência de resultados concretos das políticas traçadas para o cidadão. Também a complexidade organizativa do sistema de saúde é fato incontroverso das dificuldades decisórias, que coloca o juiz

¹⁹⁵ Barroso LR, 2006, p. 3.

ante a ocorrência de risco de vida e a política pública ausente, mal executada ou não compreendida na sua organização técnico-administrativa.

Entre a ocupação de espaços vazios no campo dos direitos sociais em razão da ineficiência do Poder Executivo na concretização de direitos e a interferência mais intensa do Poder Judiciário quanto às políticas públicas que devem ser construídas para a efetividade dos direitos constitucionais, a razão muitas vezes assiste a ambos e, na dúvida de supressão de direitos fundamentais, o pêndulo tem sido a favor do Judiciário, que passa a interferir de fato no poder discricionário do administrador ou do próprio legislador, atuando em prol de direitos individuais (assistência farmacêutica, serviços ambulatoriais e hospitalares) apartados dos direitos da sociedade a um *sistema de saúde* dotado de princípios, diretrizes e modelo organizativo complexo.

Contudo, é necessário compreender que o sistema de saúde é *interdependente e sistêmico* e que os nossos entes federativos, em especial os municípios, não podem se ver obrigados a garantir o que não está à sua altura técnica, econômica e operativa (daí a importância de se definir em contrato as responsabilidades de cada um de acordo com suas capacidades socioeconômicas, técnicas e demográficas e na RENASES e RENAME o padrão de integralidade).

Barroso¹⁹⁶ realisticamente diz que

a razão pública e a vontade popular – o direito e a política, se possível com maiúscula – são os dois pólos do eixo em torno do qual o constitucionalismo democrático executa seu movimento de rotação. Dependendo do ponto de observação de cada um, às vezes será noite, às vezes será dia.

Os espaços vazios regulatórios do Poder Executivo começam a ser fechados com a RENASES, a RENAME e o contrato de ação organizativo de ação pública, previstos no decreto 7.508, de 2011, oferecendo contornos jurídicos ao direito à saúde que compete ao SUS. Em campo de direito envolto em certa fluidez conceitual relevante tornar as suas estruturas e conteúdo o mais transparente para a sociedade e suas instituições.

Nesse campo, para evitar conflitos ou decisões que desestruturem a organização técnico-administrativa do sistema implicando maiores dificuldades

¹⁹⁶ *Op. cit.* p. 42.

para os entes federativos, há que haver permanente comunicação entre os implicados, interação essencial para a compreensão da organização sistêmica do SUS e para evitar que decisões judiciais tenham implicações também sistêmicas, deslocando todo um sistema de seu eixo com graves prejuízos coletivos. Alias é nesse sentido a Resolução 31 do Conselho Nacional de Justiça editada após os resultados da audiência pública da saúde promovida pelo STF, conforme mencionado anteriormente.

2. Síntese conclusiva propositiva

- 2.1. O SUS é um sistema único de base regional fundado na integralidade da assistência à saúde – matriz de sua organização – e que pauta as dependências e interdependências operativas, financeiras, organizativas do sistema e seu planejamento. Um sistema interfederativo de saúde.
- 2.2. Sua organização em rede de atenção à saúde pressupõe desde logo a interdependência e interação de todos os entes federativos.
- 2.3. Sendo os entes federativos autônomos entre si, mas interdependentes na rede de atenção à saúde, devem se autorregular em espaços compartilhados ou em instâncias de pactuação, como o são as comissões intergestores.
- 2.4. Essas instâncias já existem desde 1993, tendo agora sido reconhecidas pela lei 12.466, de 2011, que estabeleceu suas atribuições, e pelo decreto 7.508, de 2011, restando uma atuação compatível com suas atribuições legais.
- 2.5. As instâncias de pactuação devem decidir a operacionalidade das políticas de saúde aprovadas pelos conselhos de saúde em seus fóruns competentes, cabendo ao Ministério da Saúde a direção

nacional do SUS, e ao estado, sua coordenação estadual. A boa governança da saúde pressupõe maturidade nos espaços regionais e nas instancias colegiadas deliberativas acompanhada de uma coordenação executiva.

- 2.6. O planejamento da saúde deve ser integrado para dar consequência ao modelo do SUS, que por força do art. 198 se constitui em rede que *integra* serviços de todos os entes federativos e que se regionaliza em níveis de complexidade crescente dos serviços.
- 2.7. Sendo o planejamento obrigatório para o público e indutor para o setor privado, ele deve conter um mapa sanitário, o qual, a partir da fotografia real da situação da saúde da região, deve apontar a situação ideal, criando metas a ser contidas no plano de saúde elaborado por cada ente da Federação e aprovadas nos respectivos conselhos de saúde, sempre em consonâncias com as realidades regionais.
- 2.8. A região de saúde tem a função de delimitar a rede de atenção à saúde, que por sua vez deve se estruturar a partir da integração da clínica, das normas, valores e crenças da sociedade, financiamento, funções administrativas e demais elementos que devem estar integrados na rede.
- 2.9. A região de saúde é o *locus* da integralidade da assistência à saúde, que deve ali ser em grande parte satisfeita, devendo se completar na interação entre regiões estaduais ou interestaduais e deve ser definida pelo estado por se constituir na interligação de municípios limítrofes, que têm funções comuns e devem por isso planejar e executar essas funções em regime de interdependência operativa (art. 25, § 3º c/c o art. 198 da CF).
- 2.10. A região de saúde deve ser compulsória, obrigando todos os municípios a interagir em torno da rede de atenção à saúde, e deve contar com uma instância regional de decisão (comissões

intergestores regionais, nos termos do decreto 7.508, de 2011, art. 30, III e lei 12.466, de 2011), que deverá atuar como se fosse um conselho deliberativo da região de saúde, em analogia aos conselhos deliberativos das regiões metropolitanas e microrregiões, podendo ainda ser constituído um conselho executivo ou uma coordenação executiva com a atribuição de coordenar a região de saúde em seus mais variados aspectos, sendo o elo entre os entes federativos que compõem a região com a atribuição de acompanhar a execução do contrato organizativo.

- 2.11. Mesmo sendo compulsória, a região de saúde não conseguirá definir por si só as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos (solidariedade sistêmica), sendo necessário dotá-la de instrumental competente para o exercício dessa função.
- 2.12. O princípio da equidade intra e inter-regional é de suma relevância para o desenvolvimento nacional e a redução das desigualdades regionais, conforme previsto na Constituição e na lei complementar 141, o que reforça a instituição da região como modo de superação das diferenças locais e regionais mediante a integração de serviços em rede. O ideal de justiça social somente poderá ser alcançado na Federação se a cooperação e a solidariedade federativa for prática e não teoria.
- 2.13. O padrão de integralidade, que nunca esteve presente formalmente na saúde, há de encontrar seu caminho na RENASES e na RENAME, uma vez que a saúde se insere em duas vertentes, sendo uma delas de direito positivo,¹⁹⁷ que tem custo e, portanto, precisa se pactuado com a sociedade quanto a seu conteúdo.
- 2.14. O contrato é a forma pelo qual os entes federativos de uma região de saúde devem expressar suas responsabilidades na organização

¹⁹⁷ Há direitos negativos e positivos. Os positivos surgem do *status* positivo, da *capacidade protegida juridicamente para exigir prestações positivas do Estado*, um direito do cidadão diante do Estado às ações estatais. Alexy R, 2008, p. 265. A saúde tem a vertente do direito negativo (abstenção de atos negativos para a saúde) e positivo (prestação de serviços).

do SUS, na execução de ações e serviços, no financiamento e no monitoramento, auditoria e avaliação do desempenho do sistema na região.

- 2.15. O contrato, na realidade, se constitui em uma forma de regulação das responsabilidades dos entes federativos na região de saúde impostas por eles mesmos: uma forma de autorregulação democrática, não centralizada, concertada, que considera a diversidade dos entes federativos.
- 2.16. O contrato deve ser obrigatório e não facultativo acompanhando a determinação do art. 198 da CF de integrar ações e serviços em redes, potencializando a equidade regional e a solidariedade sistêmica mediante cooperação concertada e dotada de segurança jurídica; deve ainda ser obrigatório pelo fato de assegurar que as responsabilidades dos entes na região serão cumpridas e se não o forem, serão passíveis de punição administrativa-contratual. A não assinatura do contrato deveria impedir as transferências de recursos intergovernamentais e a utilização pelo ente faltoso das referências de um serviço na rede.
- 2.17. O desafio de unir o sistema público de saúde, gratuito e qualitativo, com a liberdade da iniciativa privada na exploração da saúde como atividade econômica há que ser enfrentado positivamente, sob pena de o sistema público se tornar refém do setor privado ante sua necessidade de ganhar mercado, e o que deveria ser *complementar* aos serviços públicos corre o risco de ser substitutivo.¹⁹⁸

¹⁹⁸ Boaventura de Souza Santos, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais, em artigo intitulado “A reinvenção solidária e participativa do Estado” discorre que: “A complementaridade entre o terceiro sector e o Estado é nos países democráticos a outra grande via de criação de um espaço público não estatal. Para isso, no entanto, é necessário distinguir entre complementaridade e substituição. A substituição assenta na distinção entre funções exclusivas e funções não exclusivas do Estado que, por vezes, se designam por funções sociais do Estado. Por detrás desta distinção está a ideia de que, sempre que o Estado não demonstre ter uma vantagem comparativa, deve ser substituído no exercício das funções não exclusivas por instituições privadas mercantis ou do terceiro sector. Esta distinção é altamente problemática, sobretudo porque a análise da génese do Estado moderno revela que nenhuma das funções do Estado foi originariamente exclusiva dele; a exclusividade do exercício de funções foi sempre o resultado de uma luta política. Não havendo funções essencialmente exclusivas não há, por implicação, funções essencialmente não exclusivas”.

- 2.18. O desafio de modernizar a administração pública é uma necessidade urgente para dar lugar a uma gestão pública compatível com as realidades sociais, culturais, administrativas, que exigem que seus direitos sociais sejam satisfeitos a contendo.
- 2.19. O sistema de saúde brasileiro deve ser legitimado pela *democratização da democracia representativa* mediante participação da comunidade, na base do diálogo e da maturidade política com força suficiente para propor que a política de saúde brasileira seja suprapartidária, visando unicamente ao atendimento do direito fundamental à vida, com dignidade e saúde, valor maior de uma sociedade e Estado.

REFERÊNCIAS*

1. Binenbojm G. Uma teoria do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar; 2006.
1. Sarmiento D. Supremacia do interesse público? As colisões entre direitos fundamentais e interesses da coletividade. In: Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito Administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
3. Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
4. Maximiliano C. Hermenêutica e aplicação do direito. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1982.
5. Almeida FDM. Mecanismos de consenso no direito administrativo. In: Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito Administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
6. Sundfeld CA. O direito administrativo entre os clips e os negócios. In: Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito Administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
7. Carvalho G. Financiamento da Saúde. Documento impresso que pode ser acessado no site: <www.idisa.org.br>.
8. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SUS de A a Z. 3ª ed. 3ª reimpr. Brasília, 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde. Projeto de Terminologia em Saúde. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília, 2004.

* Baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver), de 2004.

13. Carvalho GI, Santos L. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
14. Faletti T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. Sociologias. 2006 Jul/Dez; 8(16).
15. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
16. Aristóteles. A Política. São Paulo: Nova Cultural, 1999.
17. Aquino ST. Summa Theológica. São Paulo: Loyola, 2005.
18. Dallari DA. Elementos de teoria geral do Estado. 28º ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
19. Dallari DA. Elementos de teoria geral do Estado. 28º ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
20. Streck LL, Moraes JLB. Ciência política & teoria do Estado. 7º ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.
21. Maquiavel N. O príncipe. São Paulo: Círculo do Livro, 1979.
22. Zimmermann A. Teoria geral do federalismo democrático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2005.
22. Bobbio N. A teoria das formas de governo. 5ª ed. Brasília: UnB, 1998.
23. Dallari DA. Elementos de teoria geral do Estado. 28º ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
24. Jellinek G. Teoria general del Estado. Buenos Aires: Albatroz, 1954.
25. Dallari DA. Elementos de teoria geral do Estado. 28º ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
26. Viana ALÁ, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2002. 7(3):493-507.

27. Bobbio N, Pasquino G, Matteucci Nicola. Dicionário de política. 5ª ed. Brasília: UnB, 1993.
28. Fleury, JSF. O “Pacto Federativo” e a realidade atual. Revista do Legislativo. Minas Gerais. 1999 Jan/Mar; 25:7-13.
29. Figueiredo M. Teoria geral do Estado. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 2009.
30. Machado RH. Direito constitucional. 5ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
31. Machado RH. Direito constitucional. 5ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
32. Torres RL *et al.* Dicionário de princípios jurídicos. São Paulo: Elsevier e Campus Jurídico, 2011.
33. Bonavides P. Curso de direito constitucional. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011.
34. Bonavides P. Curso de direito constitucional. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011.
35. Machado RH. Direito constitucional. 5ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
36. Fleury, JSF. O “Pacto Federativo” e a realidade atual. Revista do Legislativo. Minas Gerais. 1999 Jan/Mar; 25:7-13.
37. Bonavides P. Curso de direito constitucional. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011.
38. Silveira A. Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos. Coimbra: Almedina, 2007.
39. Fleury, JSF. O “Pacto Federativo” e a realidade atual. Revista do Legislativo. Minas Gerais. 1999 Jan/Mar; 25:7-13.
40. Zimmermann A. Teoria geral do federalismo democrático, 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

41. Silveira A. Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos. Coimbra: Almedina, 2007.
42. Bobbio N. Elogio da serenidade. São Paulo: UNESP, 2002.
43. Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <www.presidencia.gov.br>.
43. Silveira A. Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos. Coimbra: Almedina, 2007.
44. Fleury, JSF. O “Pacto Federativo” e a realidade atual. Revista do Legislativo. Minas Gerais. 1999 Jan/Mar; 25:7-13.
45. Araújo TB. Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: Fleury S (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
46. Moraes A. Direito constitucional. São Paulo: Atlas, 2000.
47. Bonavides P. Curso de direito constitucional. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011.
48. Weichert MA. Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.
49. Oliveira GJ. Direito administrativo democrático. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010.
50. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Editora Fiocruz, 2008.
51. Piovesan F. Direitos humanos e o direito constitucional Internacional. 12ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

52. Santos L. Repartição de competência no Sistema Único de Saúde. Vol. 2. Série Cadernos Direito e Saúde, vol. 2. Organização Panamericana da Saúde (OPS), 1994.
53. Carvalho G. Domingueiras da Saúde. Palestras e publicações disponíveis no site: <www.idisa.org.br>.
53. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011 Maio. 11-31
55. Enciclopédia Saraiva do Direito, vol. 69. São Paulo: Saraiva, 1985.
56. Santos NR. Documento de aula proferida no curso de especialização de Direito Sanitário IDISA-Unicamp, Campinas, SP. 2011.
58. Mauriel APO. Desenvolvimento humano e proteção social em um contexto de crescente interdependência. In: Configuração dos Humanismos e relações internacionais. Oliveira OM de (org.). Ijuí: Editora Unijui, 2006.
59. Bobbio N. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.
60. Piovesan F. Direitos humanos e o direito constitucional Internacional. 12ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
61. Itália. La Costituzione dela Repubblica Italiana, 1947. Disponível em: <<http://www.comune.fi.it/costituzione/spagnolo.pdf>>.
64. Sen A. Sobre ética e economia. 7ª reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2008 *apud* Santos L (org.). Direito à saúde e qualidade de vida. Um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora, 2010.
64. Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Editora Companhia das Letras. 7ª reimpr.. 2008.
65. Santos L. A saúde que queremos é a saúde que podemos? In: Revista do Conasems, setembro de 2011.

66. Weichert MA. Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.
67. Santos L, Andrade LOM. O Estado na articulação do Sistema de Saúde: um elo perdido? In: Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Jan. 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/>>.
68. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. Brasil x Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
69. Weichert MA. Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.
70. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.
71. Santos L. Contornos Jurídicos da Integralidade da Assistência à Saúde. Boletim de Direito Administrativo, São Paulo: Editora NDJ, 2007 ago., nº 8.
71. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
73. Gomes JAS e Cotanda FL. Atención sanitaria y redes de servicios. In: Repullo JR e Iñesta A (orgs.). Sistemas y servicios sanitarios. Madri: Diaz de Santos, 2006.
74. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, 15(5):2297-2305. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>.
75. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Pedido de suspensão de tutela antecipada 175. Disponível em: <www.stf.gov.br>.
77. Kuschmir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2010.

78. Viana ALÁ, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. Rio de Janeiro: *Revista Ciências & Saúde Coletiva*. 2010 ago. 15(5):2317-2326.
79. Viana ALÁ, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. Rio de Janeiro: *Revista Ciências & Saúde Coletiva*. 2010 ago. 15(5):2317-2326.
80. Ragazzo CEJ. Regulação jurídica, racionalidade econômica e saneamento básico. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.
81. Ragazzo CEJ. Regulação jurídica, racionalidade econômica e saneamento básico. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.
82. Araújo TB. Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: Fleury S (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006.
83. Elias PE, Dourado DA. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-164714/pt-br.pdf>.
84. Gomes JAS e Cotanda FL. Atención sanitaria y redes de servicios. In: Repullo JR e Iñesta A (orgs.). Sistemas y servicios sanitarios. Madri: Diaz de Santos, 2006.
86. Ragazzo CEJ. Regulação jurídica, racionalidade econômica e saneamento básico. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.
88. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007.
89. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. Brasil x Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

90. Silva SF. Municipalização da saúde e poder local. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
91. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. Brasil x Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
92. Torres RL *et al.* Dicionário de princípios jurídicos. São Paulo: Elsevier e Campus Jurídico, 2011.
93. Bonavides P. Curso de direito constitucional. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011.
94. Brasil. Exposição de motivos nº 31, de 10 de julho de 1987. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.
95. Torres RL *et al.* Dicionário de princípios jurídicos. São Paulo: Elsevier e Campus Jurídico, 2011.
96. Torres RL *et al.* Dicionário de princípios jurídicos. São Paulo: Elsevier e Campus Jurídico, 2011.
97. Bastos CR, Martins IG. Comentários à Constituição do Brasil. vol. III, tomo I. Saraiva, 1988.
98. Bonavides P. Curso de direito constitucional. 26ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2011.
100. Santos NR. Acesso universal e de qualidade: no SUS legal e no SUS real. Disponível em: <www.idisa.org.br>.
104. Bastos CR, Martins IG. Comentários à Constituição do Brasil. vol. III, tomo I. Saraiva, 1988.
105. Santos L (org.). Direito à saúde e Sistema Único de Saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora, 2010.

106. Nabais JC. A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos. Lisboa. Texto impresso. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15184-15185-1-PB.pdf>.
107. Torres RL. Teoria dos direitos fundamentais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.
109. Appio E. O direito e a indústria. Revista Consultor Jurídico. 2005 Nov.
110. Amaral G. Interpretação dos direitos fundamentais e o conflito entre poderes. In: Lobo R (org.). Teoria dos direitos fundamentais. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
112. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006.
114. Santos L (org.). Direito à saúde e qualidade de vida. Um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: Direito da saúde no Brasil. Campinas: Saberes Editora, 2010.
115. Berlinguer G. Medicina e política. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1987.
120. Amaral G. Interpretação dos direitos fundamentais e o conflito entre poderes. In: Lobo R (org.). Teoria dos direitos fundamentais. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
122. Santos L. Os vetos da Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <www.idisa.org.br>.
123. São Paulo (estado). Lei complementar estadual nº 791, de 9 de março de 1995. Disponível em: <www.al.sp.gov.br>.
124. Campos AM. *Accountability*. Revista de administração pública. Rio de Janeiro, 1990 fev/abril.
125. Carvalho GI, 1991, Documento impresso. Arquivo pessoal da autora.
126. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde, Revista de Ciências e Saúde Coletiva, nº 16. Rio de Janeiro, 2011.

127. Castells M. Sociedade em rede. São Paulo: Terra e Paz, 1999.
128. Fleury S. El desafio de la gestión de las redes de políticas. Revista Instituciones y Desarrollo. 2002 Dez. 17. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36>. Acesso em: 1º de março de 2008.
129. Silva AM. Dicionário da Língua Portuguesa. 3ª ed. Editorial Confluencia, 1987.
130. Capra F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix, 2006.
131. Medauar O. O direito administrativo em evolução, 2ª ed. São Paulo: RT, 2003.
132. Fleury S. El desafio de la gestión de las redes de políticas. Revista Instituciones y Desarrollo. 2002 Dez. 17. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36>. Acesso em: 1º de março de 2008.
133. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
134. Justen Filho M. Contratos entre órgãos e entidades públicas. Revista de Direito Administrativo Aplicado, Curitiba, a. 3, n. 10, p. 77, jul-set. 1996.
136. Di Pietro MSZ. Direito administrativo, 12ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
137. Cassese S. A crise do Estado. Campinas: Saberes Editora, 2010.
138. Oliveira GJ. Contrato de gestão. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
139. Oliveira GJ. Contrato de gestão. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
140. Justen Filho M. Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico, 2005. Impresso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

142. Justen Filho M. Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico, 2005. Impresso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.
143. Oliveira GJ. Direito administrativo democrático. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010.
144. López-Valcárcel BG. Políticas contractuales en atención especializada. In: Repullo JR e Iñesta A (orgs.). Sistemas y servicios sanitarios. Madri: Diaz de Santos, 2006.
145. Gomes JAS e Cotanda FL. Atención sanitaria y redes de servicios. In: Repullo JR e Iñesta A (orgs.). Sistemas y servicios sanitarios. Madri: Diaz de Santos, 2006.
147. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2007.
149. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
150. Guzmán MA e Aguire JG. Sistemas y Servicios Sanitarios. Espanha: Diaz de Santos, 2006.
151. Brasil. Lei federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.
152. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
153. Cassese S. A crise do Estado. Campinas: Saberes Editora, 2010.
154. Santos L. Contornos Jurídicos da Integralidade da Assistência à Saúde. Boletim de Direito Administrativo, São Paulo: Editora NDJ, 2007 ago., nº 8.
159. Sundfeld CA. O direito administrativo entre os clips e os negócios. In: Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito Administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

161. Sundfeld CA. O direito administrativo entre os clips e os negócios. In: Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito Administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
163. Sundfeld CA. Parecer sobre as fundações governamentais de direito privado. In: Santos L (org.). Fundações Estatais: estudos e parecer. Campinas: Saberes Editora, 2009.
164. Di Pietro MSZ. Direito administrativo, 12ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
166. Santos M. O Espaço cidadão. São Paulo: EDUSP, 2002.
167. Santos M. O Espaço cidadão. São Paulo: EDUSP, 2002.
168. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.
169. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.
170. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2010.
171. Machado RH. Direito constitucional. 5ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.
172. Espanha. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Textos legais, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
173. Locci P, Locci R. Elementi di diritto sanitario e amministrativo. Pádua: Piccin, 2000.
174. Somoza JE. Política Sanitaria Española. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2001.
175. Santos L, Andrade LOM. SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.
179. Brasil. Congresso Nacional. Anais da Assembleia Nacional Constituinte. Comissão da Seguridade Social.

180. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Fleury S (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. Brasil x Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
181. Souto MJV. Direito administrativo regulatório. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.
183. Sundfeld CA. O direito administrativo entre os clips e os negócios. In: Aragão AS, Marques Neto FA (orgs.). Direito Administrativo e seus novos paradigmas. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.
184. Senge PM. A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende. Rio de Janeiro: Editora BestSeller, 2009.
185. Binenbojm G. Uma teoria do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar; 2006.
186. Medauar O. O direito administrativo em evolução, 2ª ed. São Paulo: RT, 2003.
187. Binenbojm G. Uma teoria do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar; 2006.
188. Binenbojm G. Uma teoria do direito administrativo. Rio de Janeiro: Renovar; 2006.
189. Santos NR. Acesso universal e de qualidade: no SUS legal e no SUS real. Disponível em: <www.idisa.org.br>.
190. Torres RL *et al.* Dicionário de princípios jurídicos. São Paulo: Elsevier e Campus Jurídico, 2011.
191. Oliveira GJ. Contrato de gestão. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
193. Silveira A. Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos. Coimbra: Almedina, 2007.

195. Barroso LR. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo, Revista de Direito do Estado. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
196. Barroso LR. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo, Revista de Direito do Estado. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.
197. Alexy R. Teoria dos direitos fundamentais. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.
198. Santos BS. A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26171-26173-1-PB.pdf>.

BIBLIOGRAFIA*

ALEXY, Robert. *Teoria dos direitos fundamentais*. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

ALMEIDA, Fernando Dias Menezes de. "Mecanismos de consenso no direito administrativo". In: ARAGÃO, Alexandre Santos de e MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Orgs.). *Direito Administrativo e seus novos paradigmas*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

AMARAL, Gustavo. *Direito, escassez & escolha*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

_____. "Interpretação dos direitos fundamentais e o conflito entre poderes". In: LOBO, Ricardo (Org.). *Teoria dos direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

_____. *Teoria dos direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.

APPIO, Eduardo. "O direito e a indústria". *Revista Consultor Jurídico*. Novembro de 2005.

AQUINO, Santo Tomás de. *Summa Theológica*. São Paulo: Loyola, 2005.

ARAGÃO, Alexandre Santos de e MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. *Direito administrativo e seus novos paradigmas*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. *Responsabilização na reforma do sistema de saúde. Catalunha e Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

ARAÚJO, Tania Bacelar de. *Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade*. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

* Baseadas na norma NBR 6023, de 2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

ARISTÓTELES. *A Política*. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

BARROSO, Luiz Roberto. “Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo”, *Revista de Direito do Estado*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BASTOS, Celso Ribeiro e MARTINS, Ives Gandra. *Comentários à Constituição do Brasil*, vol. III, tomo I. Saraiva, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e política*, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

BINENBOJM, Gustavo. *Uma teoria do direito administrativo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1992.

_____. *A teoria das formas de governo*. 5ª ed. Brasília: UnB, 1998.

_____. *Elogio da serenidade*. São Paulo: UNESP, 2002.

BOBBIO, Norberto; PASQUINO, Gianfranco e MATTEUCCI, Nicola. *Dicionário de política*. 5ª ed. Brasília: UnB, 1993.

BONAVIDES, Paulo. *Teoria geral do estado*, 8ª ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2010.

_____. *Curso de direito constitucional*, 26ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. *Anais da Assembleia Nacional Constituinte*. Comissão da Seguridade Social.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde. Projeto de Terminologia em Saúde*. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS de A a Z*. 3ª ed. 3ª reimp. Brasília, 2011.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Pedido de suspensão de tutela antecipada 175*. Disponível em: <www.stf.gov.br>.

BRASIL. *Exposição de motivos nº 31*, de 10 de julho de 1987. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

CAMPOS, Anna Maria. "Accountability". *Revista de administração pública*. Rio de Janeiro, fev./ abril de 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. "Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?", *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007.

_____. "Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil". In: FLEURY, Sonia (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento. Brasil x Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO, Gilson. *Domingueiras da Saúde*. Palestras e publicações disponíveis no site: <www.idisa.org.br>.

_____. *Financiamento da Saúde*. Documento impresso que pode ser acessado no site: <www.idisa.org.br>.

CARVALHO, Guido Ivan e SANTOS, Lenir. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASSESE, Sabino. *A crise do Estado*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

CASTELLS, Manuel. *Sociedade em rede*. São Paulo: Terra e Paz, 1999.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. 28ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*, 12ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

ENCICLOPÉDIA SARAIVA DO DIREITO, vol. 69. São Paulo: Saraiva, 1985.

ESPAÑA. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. *Textos legais*, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

ELIAS, Paulo Eduardo. *Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares*. São Paulo: Saúde e Sociedade, 1996.

ELIAS, Paulo Eduardo e DOURADO, Daniel de Araújo. *Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-164714/pt-br.pdf>.

FALETTI, Tulia. “Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada”, *Sociologias*. Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006.

FLEURY, José Sabino Fortes. “O ‘Pacto Federativo’ e a realidade atual”, *Revista do Legislativo*. Minas Gerais, nº 25, p. 7-13, jan./mar. de 1999.

FLEURY, Sonia. “El desafio de la gestión de las redes de políticas”, *Revista Instituciones y Desarrollo*, nº 17, dez. de 2002. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36>. Acesso em: 1º de março de 2008.

FIGUEIREDO, Marcelo. *Teoria geral do Estado*, 3ª ed. São Paulo: Atlas. 2009.

FILHO, Marçal Justen. “Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico”, 2005. Impresso. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

_____. *Contratos entre órgãos e entidades públicas*. Revista de Direito Administrativo Aplicado, Curitiba, a. 3, n. 10, p. 77, jul-set. 1996.

FREITAS, Jânio. “Marcola Eleitoral”. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 4 de junho de 2006.

GOMES, J. Álvaro Santos e COTANDA, Fernando Lamata. “Atención sanitaria y redes de servicios”. In: REPULLO, José R. e IÑESTA, Antonio (Orgs.). *Sistemas y servicios sanitarios*. Madri: Diaz de Santos, 2006.

GONDINHO, André Osorio. *Direito Constitucional dos contratos: a incidência do princípio da dignidade da pessoa humana*. São Paulo: Quartier Latin, 2010.

GUZMÁN, Marta Aguilera e AGUIRE, Javier Guerra. *Sistemas y Servicios Sanitarios*. Espanha: Diaz de Santos, 2006.

JELLINEK, Georg. *Teoria general del Estado*. Buenos Aires: Albatroz, 1954.

KUSCHNIR, Rosana e CHORNY, Adolfo Horácio. *Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate*. Rio de Janeiro: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2010.

LOCCI, Paternio e LOCCI, Roberto. *Elementi di diritto sanitario e amministrativo*. Pádua: Piccin, 2000.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz González. “Políticas contractuales en atención especializada”. In: REPULLO, José R. e IÑESTA, Antonio (Orgs.). *Sistemas y servicios sanitarios*. Madri: Diaz de Santos, 2006.

MACHADO, José Angelo. “Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma regionalização cooperativa e solidária na saúde?”, RBCS, vol. 24, nº 71, outubro de 2009.

MACHADO, Raul Horta. *Direito constitucional*. 5ª ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

MAQUIAVEL, Nicolau. *O príncipe*. São Paulo: Círculo do Livro, 1979.

MAURIEL, Ana Paula Ornellas. *Desenvolvimento humano e proteção social em um contexto de crescente interdependência*. In: Configuração dos Humanismos e relações internacionais. OLIVEIRA, Odete Maria de (org.). Ijuí: Editora Unijui, 2006.

MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1982.

MEDAUAR, Odete. *O direito administrativo em evolução*, 2ª ed. São Paulo: RT, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>.

MORAES, Alexandre. *Direito constitucional*. São Paulo: Atlas, 2000.

NABAIS, José Casalta. *A face oculta dos direitos fundamentais: os deveres e os custos dos direitos*. Lisboa. Texto impresso. Disponível em : <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/15184-15185-1-PB.pdf>.

O JARDINEIRO FIEL. Direção de Fernando Meirelles, Estados Unidos, 2005.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. *Contrato de gestão*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.

_____. *Direito administrativo democrático*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Editora Fiocruz, 2008.

_____. *et al.* "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet*. 2011.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional Internacional*, 12^a ed. São Paulo: Saraiva, 2011

RAGAZZO, Carlos Emmanuel Joppert. *Regulação jurídica, racionalidade econômica e saneamento básico*. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Do contrato social e discurso sobre a economia política*. 7^a ed. São Paulo: Hemus Editora, 1994.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A Reinvenção Solidária e Participativa do Estado*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26171-26173-1-PB.pdf>.

SANTOS, Lenir. "Repartição de competência no Sistema Único de Saúde". *Série Cadernos Direito e Saúde*, vol 2. Brasília: Organização Panamericana da Saúde (OPS), 1994.

_____. "Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar". *Boletim de Direito Municipal*, São Paulo: Editora NDJ, nº 5, maio de 2007.

_____. "Contornos Jurídicos da Integralidade da Assistência à Saúde". *Boletim de Direito Administrativo*, São Paulo: Editora NDJ, nº 8, agosto de 2007.

_____(org.). *Direito à saúde e qualidade de vida. Um mundo de corresponsabilidades e fazeres*. In: *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

_____(org.). *Direito à saúde e Sistema Único de Saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde*. In: *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

_____. "Administração pública e a gestão da saúde". SANTOS, Nelson Rodrigues dos (Org.). *Gestão pública e relações público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Revista Cebes, 2010, p. 68.

_____. "Os vetos da Lei Orgânica da Saúde". Disponível em: <www.idisa.org.br>.

_____. "A saúde que queremos é a saúde que podemos?", *Revista do Conasems*. Brasília, setembro de 2011.

SANTOS, Lenir e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. "Redes interfederativas de saúde", *Revista de Ciências e Saúde Coletiva*, nº 16. Rio de Janeiro, 2011.

_____. *O Estado na articulação do Sistema de Saúde: um elo perdido?* Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Janeiro/2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/>>.

_____. *SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, Milton. *O Espaço cidadão*. São Paulo: EDUSP, 2002.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *Acesso universal e de qualidade: no SUS legal e no SUS real*. Disponível em: <www.idisa.org.br>.

_____. Documento de aula proferida no curso de especialização de Direito Sanitário IDISA-Unicamp, Campinas, SP. 2011.

SARMENTO, Daniel. “Supremacia do interesse público? As colisões entre direitos fundamentais e interesses da coletividade”. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de e MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Orgs.). *Direito Administrativo e seus novos paradigmas*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. 7ª reimpr. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2008.

_____. *Sobre ética e economia*, 7ª reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SILVA, Antonio Moraes. *Dicionário da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Editorial Confluência, 1987.

SILVA, Silvio Fernandes. *Municipalização da saúde e poder local*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SILVEIRA, Alessandra. *Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre a teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos*. Coimbra: Almedina, 2007.

SENGE, Peter M. *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende*. Rio de Janeiro: Editora BestSeller, 2009.

SOMOZA, Javier Elola. *Politica Sanitaria Espanola*. Madri: Ediciones Diaz de Santos, 2001.

SOUTO, Marcos Juruena Villela. *Direito administrativo regulatório*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2002.

STRECK, Lênio Luiz e MORAIS, José Luiz Bolzan de. *Ciência política & teoria do Estado*. 7ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2010.

SUNDFELD, Carlos Ari. “O direito administrativo entre os clips e os negócios”. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de e MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Orgs.). *Direito Administrativo e seus novos paradigmas*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

SUNDFELD, Carlos Ari. “Parecer sobre as fundações governamentais de direito privado”. In: SANTOS, Lenir (Org.). *Fundações Estatais: estudos e parecer*. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SUNDFELD, Carlos Ari e MONTEIRO, Vera. *Introdução ao direito administrativo* (Orgs.). São Paulo: Saraiva, 2008.

TORRES, Ricardo Lobo. *Teoria dos direitos fundamentais*, 2ª edição. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

_____ et al. *Dicionário de princípios jurídicos*. São Paulo: Elsevier e Campus Jurídico, 2011.

TORRES, Silvia Faber. *O princípio da subsidiariedade no direito público contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. “Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional”. Rio de Janeiro: *Revista Ciências & Saúde Coletiva*. Vol 15, nº 5, pp. 2317-2326, 2010.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. “Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro”. Rio de Janeiro: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, nº 3, pp. 493-507, 2002.

WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição Brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

ZIMMERMANN, Augusto. *Teoria geral do federalismo democrático*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

REFERÊNCIA LEGISLATIVA BRASILEIRA

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Lei complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Lei federal nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Lei federal nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

BRASIL. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <www2.planalto.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.300, de 19 de dezembro de 2007. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.303, de 19 de dezembro de 2007. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.341, de 02 de janeiro de 2008. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.345, de 02 de janeiro de 2008. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.346, de 02 de janeiro de 2008. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SERGIPE (estado). Lei estadual nº 6.348, de 02 de janeiro de 2008. Disponível em: <www.al.se.gov.br>.

SÃO PAULO (estado). Lei complementar estadual nº 791, de 9 de março de 1995. Disponível em: <www.al.sp.gov.br>.

REFERÊNCIA LEGISLATIVA ITALIANA

ITÁLIA. La Costituzione dela Repubblica Italiana de 1947. Disponível em: <<http://www.comune.fi.it/costituzione/spagnolo.pdf>>.