

O DECRETO 7.508/2011 E O CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

LENIR SANTOS¹

Resumo

Trata o presente trabalho de estudo a respeito do conteúdo do Decreto 7.508/2011, que regulamenta artigos da lei 8.080/1990, que dispõem sobre o planejamento da saúde, região de saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa. Vinte anos depois de editada a lei 8.080, o Poder Executivo a regulamentou trazendo para o SUS uma necessária institucionalidade de arranjos administrativos que até então estavam apenas previstos em portarias ministeriais as quais não lhe garantiam a necessária segurança jurídica. O trabalho analisa, também, algumas inovações necessárias, mas respaldadas na lei, como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES a qual confere contornos jurídicos para a integralidade da atenção à saúde e o contrato organizativo de ação pública, acordo de colaboração firmado entre os entes federativos para disciplinar a integração das ações e serviços de saúde e definir as responsabilidades sanitárias no âmbito de uma região de saúde a qual deve conter uma rede de ações e serviços de saúde dos entes federativos que compõem aquela região para a garantia da integralidade da atenção à saúde dos seus municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Decreto 7.508/2011; Regulamentação da Lei 8.080; Contrato organizativo de ação pública.

Introdução

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. 4^o, 6^o, 7^o, 8^o e 36^o, 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, criando, algumas vezes, desarmonia na sua aplicação ante uma gama de portarias nem sempre fundada nos exatos termos da lei.

Por esse e outros motivos, 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.

Região de Saúde

O Decreto tratou de alguns temas da Lei 8.080/90, em especial aqueles que dizem respeito à organização e funcionamento administrativo-sanitário do SUS. Não regulamentou a lei toda. Sua regulamentação tratou da organização do SUS assentada na regionalização e hierarquização dos serviços, trazendo

¹ Doutora em saúde coletiva pela Unicamp, especialista em direito sanitário pela USP e advogada.⁷⁶ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

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 unida pela regionalização. Ainda que essa regionalização tenha sido objeto de muitas portarias ministeriais, entre elas a Norma Operacional Básica 1/96², nunca foi um fato concreto, institucionalizado. A região seria a demarcação territorial da rede de atenção à saúde, uma vez que a Constituição, em seu art. 198, define o SUS como a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em rede regionalizada.

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, 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, 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 Santos³ insiste em dizer, que as “*desigualdades sociais, são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais*”, por derivarem do lugar onde cada um se encontra. E sendo esse lugar desigual em relação aos demais, essa desigualdade irá permear os serviços existentes naquele território promovendo desigualdade entre as pessoas em razão do território onde habitam. Por isso a Constituição Federal prevê em seu art. 3º, III, como um dos fundamentos da República a diminuição das desigualdades regionais e não poderia ser de outra forma uma vez que a nossa Constituição ao elevar o município à condição de ente federativo e considerando as profundas desigualdades que os marcam, criou uma igualdade federativa entre entes profundamente desiguais. Os entes são desiguais demográfica e socioeconomicamente falando, ainda que iguais juridicamente. E a equidade regional será alcançada na rede regionalizada de serviços.

²Portaria MS nº 2.003, de 05 de novembro de 1996.

³Santos, Milton, 2002, p. 151.77 Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

Na saúde, a região de saúde deve ser o espaço que conjuga serviços de vários níveis de densidade tecnológica, 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 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 assimetrias socioeconômicas e demográficas para que “*os bens públicos deixem de ser exclusividade dos mais bens localizados*”⁴. 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. A desigualdade territorial levou Norberto Bobbio a afirmar que o problema não é em quem se vota no território, mas sim onde se vota. A vida, a cultura, os valores morais, sociais e culturais são construídos no território do cidadão e os conformam social e culturalmente falando.

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 regionais⁵, do qual o Decreto tratou e que deve ser interpretado em consonância com a lei 12.466/11, publicada alguns meses depois.

A região de saúde deve ser regulamentada formalmente pelo Estado por ser sua essa competência em termos constitucionais⁶. E o Decreto ainda define que as redes de atenção à saúde deverão estar compreendidas no âmbito de uma região de saúde (art. 7º).

Rede de atenção à saúde

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 espraiam no sentido de permitir que diversos municípios deles se utilizem e serviços que devem se concentrar para

⁴Santos Milton, op. cit.

⁵As comissões intergestores regional podem ser tidas como o espaço deliberativo de uma região de saúde, cabendo a elas nomear uma diretoria executiva para que se possa, assim, garantir governança regional na região de saúde.

⁶ Art. 25, § 3º num paralelo com as regiões metropolitanas e microrregiões.⁷⁸ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

ganhar escala, escopo. De acordo com Mendes⁷:

(...) 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 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 Mendess⁸, 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 Chorny⁹. 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, ainda, 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. As portas de entrada decorrem da regulação do acesso. São portas reguladas pelo sistema sob o ponto de vista técnico, sanitário e administrativo.

Desse modo, a atenção primária coordena e ordena a rede de atenção à saúde, conforme exaustivamente defendida por inúmeros especialistas de saúde. 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 acesso à rede de atenção à saúde.

⁷Mendes Eugenio Vilaça, 2009, p. 127.

⁸Op. cit., p. 127.

⁹Kuschnir R e Chorny AH, 2010, p. 2307.⁷⁹ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

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. 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. Aqui surge a figura das referências entre serviços (a hierarquização de que fala a Constituição Federal no tocante à complexidade ou densidade tecnológica dos serviços).

Quando as referências saem de uma região e adentram outra região ou outras regiões isso precisa ser regulado de modo a haver segurança jurídica entre os entes federativos implicados nessas regiões no tocante à garantia do atendimento de seu munícipe.

Planejamento ascendente, integrado e regionalizado

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 uma vez que ele resulta exatamente da integração das ações e serviços públicos de saúde. Sendo o SUS o resultado dessa integração de ações e serviços de saúde dos entes federativos de forma regionalizada, o seu planejamento também há que ser *integrado* e *regionalizado* como consequência natural. Esse tema está disposto no art. 15 do Decreto.

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 na região e sua metas de transformação das realidades locais e regionais que precisam ser alteradas para confluir em um mapa estadual e nacional de metas que atendam as necessidades de saúde da população.

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. 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.

A questão toda acaba sendo a forma, o como fazer. O *como fazer* tem um 80

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 deve ser uma obrigação e não uma faculdade pondo fim à discussão de como fazer no sentido legal, e não técnico. O fundamento será sempre a Constituição, que impõe rede regionalizada como forma organizativa dos serviços, obrigatória, pois. A preocupação expressada por Machado¹⁰ em como introduzir padrão de conduta solidário entre os entes governamentais faz sentido na regionalização. E no SUS é da sua essência. Sem solidariedade na condução da rede de atenção à saúde, com suas referencias não há SUS no formato constitucional que é o formato da cooperação e solidariedade federativas.

O Decreto 7.508/11 passa, nesse sentido, a ser um marco na institucionalização do SUS, tanto quanto a lei 12.466/11. E não deixaremos 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.

Integralidade da assistência à saúde

Quanto à integralidade – que temos denominado 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 que surge no Decreto como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES¹¹, 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. A RENASES se constitui na forma de tornar público o padrão de integralidade do SUS para com o cidadão. A integralidade tem contornos jurídicos e limites os quais devem ser definidos pelo Estado-Sociedade e tornada pública pela 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

¹⁰ Machado Raul Horta, 2010, p. 105.

¹¹ 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, Madri.⁸¹ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

lei 12.401, de 2011, é competência do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC). 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, artigo recepcionado pela lei complementar nº 141, de 2012, dispôs sobre os critérios de rateio dos recursos da União para estados e municípios, lembrando que a lei 8.142/90 também trata do tema que agora passa a ser integralmente cuidado pela LC nº 141, revogando alguns artigos da referida lei.

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 integra 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, o que já aconteceu, havendo portaria regulando esse tema.

Articulação interfederativa

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.⁸² Revista

As Comissões Intergestores já existem no SUS, conforme demonstrado neste trabalho¹². A título de informação, a Itália, 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 interterritoriais¹³ 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. 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. 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. Com a recente lei 12.466, de 2011, 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 e essas instâncias devem atuar no estrito limite de suas competências legais (conferidas pela Lei 12.466, de 2011).

¹² A título de informação, a Itália, 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 interterritoriais do Sistema Nacional de Saúde, que discutem a saúde entre governo e os conselheiros de saúde das comunidades autônomas. Locci Palermo e Locci R. 2000.

¹³ Somoza JE, 2001, p. 101.83 Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

O contrato organizativo da ação pública

Nesse passo, releva destacar a grande inovação existente no Decreto: o contrato de ação *pública da saúde*, contrato de natureza organizativa, ordenatório de atividades públicas compartilhadas. Será por meio de contrato que as múltiplas responsabilidades sanitárias, de âmbito regional, serão definidas. Os entes federativos conjuntamente definem entre si os regramentos da gestão compartilhada. Eles se auto-ordenam quanto a essas responsabilidades, de forma consensual, mediante contrato.

A outra forma caberia nessa pergunta: 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 conforme previstas em lei. Mas no SUS sabemos que é impossível regular *a priori* o que cada ente deverá fazer, ante a infinitude de variáveis próprias das 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 por ser possível, no contrato, definir, de acordo com a realidade de cada um, as suas atribuições no tocante à organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção à saúde.

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, ainda, 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, permite a discussão, o consenso e não a imposição unilateral. É acordo, é compromisso multilateral concertado.

Sendo o contrato a única forma de os entes federativos, de determinada ⁸⁴

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. É o contrato o elo sistêmico do SUS.

O SUS por garantir direitos fundamentais, ser de acesso universal e trazer em sua essência a interdependência federativa na prestação de serviços de competência comum, há de ser obrigatória a existência um instrumental de cunho jurídico que lhe garanta essa unidade ante a diversidade de atores. É no contrato que se definem as atribuições dos entes os quais igualmente tem competência para cuidar da saúde, mas ante suas assimetrias socioeconômicas e demográficas, há que se definir, repartir de maneira equitativa, as atribuições dos entes.

O contrato consagra o respeito às assimetrias geográficas, demográficas e socioeconômicas uns dos outros e contribui 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 público¹⁴. A integração e cooperação são elementos essenciais para o cumprimento adequado das competências comuns exigindo permanente articulação. No SUS a concertação é obrigatória.

No direito brasileiro, o primeiro contrato de organização de serviços foi o contrato de gestão, surgido 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 137/91 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 controle¹⁵. 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

¹⁴Justen Filho, p.77, 1996.

¹⁵Di Pietro Maria Sylvia Zanella Di, p. 282, 2000.⁸⁵ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

encontrar novos caminhos para a melhoria das funções públicas que simplifique procedimentos e favoreça a *negociação e o consenso*¹⁶. 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 contendo se práticas isoladamente, havendo necessidade de conjugação dessas competências. Os serviços de saúde descentralizados que se regionalizam encontram no contrato seu vigor máximo pelas garantias que oferece e pelas possibilidades de negociação que lhe são insitas.

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 Oliveira¹⁷: *“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 Filho¹⁸ trata dessas avenças - contratos multilaterais, cooperativos, que pode ter como partes diversos entes públicos, separando os 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*

¹⁶ Cassese, Sabino, 2010.

¹⁷ Op. cit., p. 66.

¹⁸ Justen Filho, Marcel, 2005.⁸⁶ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

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 autonomia¹⁹, 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 Filho²⁰:

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.

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"*²¹. 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 complexidade²².

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

¹⁹ 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.

²⁰ Op. cit., 2005.

²¹ Oliveira Gustavo Justino, 2010, p. 67.

²² López-Valcárcel BG, 2006.⁸⁷ Revista Jurídica Centro Universitario UniSEB

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 serviços²³, 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 obrigações, responsabilidades e demais compromissos. O contrato haverá de vincular os entes signatários no tocante às responsabilidades sanitárias assumidas.

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.

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;
- 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

²³ 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: Diaz de Santos, 2006, p. 23.⁸⁸ Revista

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) possibilidade de garantir governança regional; e

j) igualdade jurídica das partes.

Os contratos devem ter suas diretrizes convencionadas de forma colegiada na CIR, CIB e CIT²⁴ – nas quais estão representados todos os entes federativos implicados nos contratos de ação pública da saúde. Essas convenções, que tenho denominado de consensos interfederativos²⁵, 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.

A Espanha²⁶ 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 consórcios²⁷ 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, obrigatório para todos os entes federativos. É obrigatório por ser a forma escolhida pelo Decreto para articular as interdependências na organização da

²⁴ Comissão Intergestores Regional, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.

²⁵ Santos L & Andrade LOM, 2007.

²⁶ 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).

²⁷ Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.⁸⁹ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

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.

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.

Além do mais, o art. 17, § 3º, da Lei Complementar 141, 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 (uma declaração de intenções). 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? Entendemos 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.⁹⁰

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. 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*. 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. Esse também é entendimento expressado por Alessandra Silveira²⁸ ao dizer que no SUS a *cooperação já não se revela como sugestão, mas como exigência constitucional*.

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. A organização do SUS, por se pautar na inter-relação e interdependência, encontra no contrato o necessário respaldo jurídico, vinculando os entes federativos signatários.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cassese, Sabino. *A crise do estado*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

Di Pietro, Maria Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*, 12ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

Justen Filho, Marçal. *Contratos entre órgãos e entidades públicas*. Revista de Direito Administrativo Aplicado, Curitiba, a.3, n.10, p. 77, jul-set. 1996.

²⁸Silveira, Alessandra, 2007.⁹¹ Revista Jurídica Centro Universitário UniSEB

_____. *Parecer sobre minuta de anteprojeto de lei da política nacional de saneamento básico*, 2005. Impresso.

Kischnir, 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, Italia: Piccin, 2000.

Lopez-Valcarcel, Beatriz Gonzalez. *Políticas contratuales en atención especializada*. In: Repullo, José R. e Inesta, Antonio (org.). *Sistemas y servicios sanitarios*. Madri: Diaz de Santos, 2006.

Machado, Raul Horta. *Direito Constitucional*. 5ª edição. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

Mendes, Eugenio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

Oliveira, Gustavo Justino. *Direito administrativo Democrático*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2010.

Santos, Lenir e Andrade. *OMA SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: Saberes Editora, 2010. 2ª edição.

Santos, Milton. *O espaço cidadão*. São Paulo: EDUSP, 2002.

Somoza, Javier Elola. *Política sanitaria espanhola*. Madri: Ediciones Diaz de Santos, 2001.