XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA I

GIOVANI DA SILVA CORRALO

JANAÍNA RIGO SANTIN

Copyright © 2022 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Diretora Executiva - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU – São Paulo
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio – Rio de Janeiro
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR – Ceará

Representante Discente: Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade – UNIMAR/FEPODI – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara – ESDHC – Minas Gerais
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho – Ceará
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS – Sergipe
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR – São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes – UNB – Distrito Federal
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM – São Paulo
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo
Comunicação:
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali – Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB – Paraíba
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC – Santa Catarina
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM – Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Prof. Dr. José Barroso Filho – ENAJUM
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Eventos:
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec – Minas Gerais
Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC – Paraná
Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS – Mato Grosso do Sul

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UMICAP – Pernambuco

C928

Criminologias e política criminal II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Josiane Petry Faria; Thiago Allisson Cardoso De Jesus.

– Florianópolis: CONPEDI, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-65-5648-659-8
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo, Desenvolvimento, Sustentabilidade e Smart Cities

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Criminologias. 3. Política criminal. XXIX Congresso Nacional do CONPEDI Balneário Camboriu - SC (3: 2022: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XXIX CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BALNEÁRIO CAMBORIU - SC

DIREITO ADMINISTRATIVO E GESTÃO PÚBLICA I

Apresentação

O Direito Administrativo se encontra num constante processo de transformação. Não que este cenário seja novo, mas a velocidade das transformações, sim. Ao lado de consideráveis inovações legislativas, seja na ordem constitucional, seja na ordem infraconstitucional, se encontram diversas decisões dos tribunais superiores, como é o caso das repercussões gerais do STF. Ao gestor e respectivas instâncias de controle - interno e externo - a tarefa é enorme e requer considerável esforço para encontrar a decisão juridicamente correta.

É nesse diapasão que a doutrina se faz relevante, ao repensar permanentemente os grandes temas que afligem a Administração Pública e, neste XXIX Congresso do CONPEDI, não foi diferente. Temas cruciais estiveram em pauta: combate à corrupção e os programas de responsabilização administrativas locais, medidas provisórias municiais, regulação setorial pelas Agências Reguladoras, controle judicial das política públicas, objetivos do desenvolvimento sustentável, alterações da Lei de Improbidade Administrativa, empresas estatais, controle da Administração Pública e controle de constitucionalidade pelos tribunais de contas e alterações à Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro.

Trabalhos científicos teoricamente muito bem estruturados e exposições robustas marcaram o GT Direito Administrativo e Gestão Pública. É preciso dar máxima visibilidade às produções constantes nessa obra, pois também reproduzem o imenso esforço acadêmico dos diversos programas de pós~graduação em Direito de todo o Brasil. Que os trabalhos falem por si. Que a pesquisa alcance!

Prof. Dr. Giovani da Silva Corralo- UPF

Prof. Dra. Janaína Rigo Santin- UPF e UCS

GESTÃO ASSOCIADA: OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS COMO INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA ESFERA MUNICIPAL

ASSOCIATED MANAGEMENT: PUBLIC CONSORTIA AS INSTRUMENTS OF PUBLIC HEALTH MANAGEMENT IN THE MUNICIPAL SPHERE

Rosmeri De Almeida

Resumo

Este artigo trata dos instrumentos de parceria na área da saúde pública que estão à disposição do gestor público municipal, sendo mais especificamente direcionado aos consórcios públicos. A análise é realizada com base na revisão bibliográfica, na pesquisa jurisprudencial e na legislação referente ao tema em estudo, utilizando-se, primordialmente, do Direito Administrativo Constitucional e do Sistema Único de Saúde no ordenamento jurídico brasileiro. Realiza uma análise doutrinária, jurisprudencial e da legislação acerca das parcerias na Administração Pública, traçando as principais diferenças e/ou semelhanças entre estas, quais são as parcerias aplicáveis à saúde pública e, detalhadamente, se trabalha o tema consórcios públicos e consórcios públicos na saúde pública. Estes, por sua vez, representam uma valiosa opção de gestão associada, possibilitando que pequenos municípios se unam, disponibilizem e compartilhem serviços de saúde, bem como rateiem despesas, a fim suprir as necessidades de seus munícipes usuários do sistema público de saúde - SUS.

Palavras-chave: Parceria, Saúde, Administração, Pública, Municipal

Abstract/Resumen/Résumé

This article deals with the instruments of partnership in the area of public health that are available to the municipal public manager, being more specifically directed to public consortia. The analysis is based on bibliographic review, jurisprudential research and legislation related to the theme under study, using primarily Constitutional Administrative Law and the Unified Health System in the Brazilian legal system. It performs an analysis of doctrine, jurisprudence and legislation about partnerships in the Public Administration, outlining the main differences and/or similarities between them, which partnerships are applicable to public health and, in detail, works the theme public consortia and public consortia in public health. These, in turn, represent a valuable option for associated management, enabling small municipalities to unite, make available, and share health services, as well as share expenses, in order to supply the needs of their citizens who use the public health system - SUS.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Partnership, Health, Administration, Public, Municipal

1. INTRODUÇÃO

Cem por cento da população brasileira é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), sem exceção.

A afirmação supracitada se sustenta na medida em que avaliamos os serviços de saúde disponibilizados pelo SUS e o compromisso estatal, com a garantia constitucional, de sua adequada disponibilização destes serviços à toda a população brasileira (universalidade), com equidade, integralidade, eficiência, dignidade, entre outros princípios aplicáveis à saúde pública.

Neste aspecto, indifere a oferta suplementar de saúde. Em algum momento todos os cidadãos, sem exceção, utilizam os serviços do SUS, seja para receber uma simples vacina, seja para ser atendido em situação de urgência ou emergência (exemplo: em um acidente automobilístico) ou em situações mais complexas, como no transplante de órgãos e tecidos.

Não se discutirá neste momento o não fornecimento de alguns serviços ou a indisponibilidade dos mesmos pela saúde suplementar contratada pois, devido aos princípios já mencionados, esta demanda também será acolhida pelo SUS. Então, apesar do entendimento quanto à afirmação poder suscitar controvérsias, é inquestionável a importância de uma gestão qualificada do Sistema Único de Saúde.

Na atualidade, a responsabilidade pela saúde da população está cada vez mais descentralizada, sendo delegada aos entes que mais se apropriam da realidade dos usuários que representam, dando ênfase, então, à gestão da saúde na esfera municipal.

Na esfera municipal, por sua vez, esta nova realidade de gestão encontra algumas barreiras, podendo ter estes dificultadores vários aspectos: financeiros, técnicos, burocráticos, políticos, entre outros.

Neste novo cenário, um fator é indispensável para uma adequada gestão pública: o controle. Os controles, internos ou externos, permitirão ao gestor, por exemplo, evitar o desperdício dos recursos públicos bem como aplicá-los precisamente. Neste sentido, se tem o controle como um “redutor de danos”, que qualifica os serviços prestados e gera maior segurança para a sociedade e para o gestor no que se refere à real destinação dos recursos.

Outro fator importante para a efetiva prestação dos serviços de saúde, de forma integral e individualizada, é a regulação. Definir prioridades, encaminhar o indivíduo para o serviço

mais adequado ao seu estado de saúde e organizar o sistema, de forma equânime, são algumas das atribuições dos serviços de regulação.

Já com relação às parcerias, se entende que, como instrumentos administrativos que são, devem ser usados de acordo com sua finalidade e mediante previsão, acompanhamento e avaliação de resultados, prevendo a segurança jurídica e o interesse público em todas as ações adotadas pela Administração Pública.

Sendo assim, com o presente estudo se pretende ampliar e solidificar o entendimento sobre as parcerias na Administração Pública, especialmente quanto aos consórcios públicos na área da saúde, traçando um paralelo entre as propostas e princípios norteadores do SUS e a legislação, doutrina e jurisprudências que servem de base para a gestão pública.

2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A Constituição Federal de 1988 delineou um novo formato para a Administração Pública. Os pilares desta reforma passaram a ser a descentralização da gestão pública e a participação da sociedade.

A saúde pública ganhou novo dimensionamento. Um sistema único de saúde foi instituído, sendo garantia constitucional - direito de todos e dever do Estado - as ações e serviços de saúde pública disponibilizados à população.

Este sistema se ergueu sob os pilares constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade, formando uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com a participação e o controle da sociedade.

Também, com a nova Carta, a participação da iniciativa privada na saúde pública tem previsão e os gestores passam a desenvolver um novo perfil de administração da máquina estatal.

A partir da Constituição Federal do Brasil de 1988 houve um delineamento mestre da estrutura estatal. Com esta (re)definição dos modelos de gestão estatal, dos princípios, do controle e das responsabilidades da Administração Pública, está a possibilidade dos gestores optarem por formas de colaboração entre entes federativos ou entre entes federativos e empresas privadas.

A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado e o acesso às ações e aos serviços de saúde torna-se universal e igualitário a todos os cidadãos:

O texto constitucional, no Art. 197, define que cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, acerca da regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

A saúde no Brasil passa, a partir da Constituição Federal de 1988, a ser implementada e sua gestão moldada nas diretrizes de um sistema único, regionalizado e hierarquizado: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Já o Artigo 199 da CF/88 (Brasil, 1988) prevê que podem ocorrer "parcerias" entre as instituições públicas e privadas por meio de contratos de direito público ou convênios, possibilitando a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, de forma complementar.

Di Pietro (2012) menciona que a atual Constituição deixou claro que determinados serviços relativos à ordem social não são exclusivos do Poder Público sendo, aliás, consagrada a dupla possibilidade: prestação pelo Poder Público, com participação da comunidade, ou prestação pelo particular, em especial nas áreas da saúde e da educação.

O Artigo 241 da CF/88 (Brasil, 1988), por sua vez, traz a ideia de cooperação entre os entes federados, prevendo a criação de leis que disciplinarão os consórcios públicos e os convênios.

Di Pietro (2021) lembra que a descentralização permite a distribuição de competências de uma para outra pessoa, física ou jurídica, diferentemente da desconcentração, onde há uma distribuição de competências dentro da mesma pessoa jurídica. Para a autora, existem duas modalidades de descentralização administrativa: a) territorial ou geográfica e b) por serviços, funcional ou técnica, sendo que alguns autores incluem uma terceira: por colaboração. Os consórcios públicos se incluem na descentralização por serviços, fazendo parte da Administração Indireta:

> Compõem a Administração Indireta, no direito positivo brasileiro, as autarquias, as fundações instituídas pelo Poder Público, as sociedades de economia mista, as empresas públicas, as subsidiárias dessas empresas e os consórcios públicos. Tecnicamente falando, dever-se-iam incluir as empresas concessionárias e permissionárias de serviços públicos, constituídas ou não com participação acionária do Estado. (DI PIETRO, 2021)

Durão (2012), ao analisar o artigo 241 da CF/88, entende que o texto constitucional se apresenta com má redação pelos seguintes motivos: ao estabelecer a criação de lei, não define qual o tipo de norma (complementar ou ordinária) aduziria a espécie e, a expressão "entes federativos" deve ser entendida como não excludente dos entes privados.

O mesmo autor menciona que "da inteligência do art. 241 da Carta Magna, depreende-se explicitamente o federalismo cooperativo, dispondo uma verdadeira cooperação entre os

entes federados, na gerência dos serviços públicos como espécie de colaboração para um objetivo comum". (DURÃO, 2012)

Sendo assim, o autor corrobora esclarecendo que:

> A ideia de cooperação é forte no atual texto constitucional, firme no desígnio do seu poder constituinte. Essa noção impõe-se desde os princípios nas relações internacionais indicando a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade até os objetivos da competência municipal com previsão para cooperação técnica e financeira da União e do Estado para a manutenção de programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental, e a prestação de serviços de atendimento à saúde da população. (DURÃO, 2012)

O parágrafo único do art. 23 da Constituição de 1988 menciona que "leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional. Federal e os Municípios." (BRASIL, 1988)

A Administração Pública, baseada em premissas constitucionais, deve refletir os princípios ditados e tutelados pela Constituição Federal. Estes, por sua vez, deverão permear todos os atos de gestão dos recursos públicos:

> Os princípios nucleares da atividade administrativa estão consubstanciados em cinco regras de observância permanente e obrigatória. São os princípios da legalidade, da moralidade, da finalidade, da publicidade e da eficiência [...] devem estar sempre presentes, pois servem de pauta, de fundamento da atividade administrativa. Se relegados ou desvirtuados, quando da gestão dos negócios públicos, farão fenecer, por ilegítima, a atividade administrativa. Devem nortear, portanto, toda a função administrativa. A própria Constituição Federal (art. 37, caput) encarrega-se de elencar alguns como de observância obrigatória pela Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados-Membros, dos Municípios e do Distrito Federal no desempenho da atividade ou função administrativa. [...] (GASPARINI, 2011)

Consoante previsão constitucional, duas leis foram criadas: A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (que dispõe sobre as condições para promoção, proteção recuperação da saúde, a organização e o funcionamentos dos serviços correspondentes) e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (que, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde).

De acordo com os Artigos 2º e 4º da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990):

> Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
> § 1º 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 aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
> § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

> [...]
> Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).
> [...]
> § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Também, posteriormente, atendendo o que fora previsto na Carta Magna de 1988, a edição da Lei 11.107/05 serviu para disciplinar o Art. 241 da CF no que tange à criação dos convênios e dos consórcios públicos.

Pesa mencionar neste estudo a Lei Complementar Nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012). Criada para regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, a LC 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Prevê também os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, revogando dispositivos das Leis nos 8.080/90 e 8.689, de 27 de julho de1993:

> Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.
> Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.
> Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.
> Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal. (BRASIL, 2012)

Importante lembrar que quando falamos de Direito Administrativo Público, baseado em princípios e normas constitucionais, tendo a saúde como direito de todos, deve se entender o conceito de saúde em sua forma ampliada, com vistas ao lazer, saneamento básico, esportes, moradia, educação, meio ambiente, entre outros, e inquestionavelmente, à prevenção, promoção, assistência, recuperação e readaptação, quando relacionado com quadros de saúde física e mental dos indivíduos e grupos e que, sendo dever do Estado, cabe a este sua regulamentação, fiscalização e o seu controle.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

O município é tido como o principal responsável pela saúde pública de sua população, sendo que o gestor municipal assume a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

A partir desta afirmativa, vários doutrinadores se posicionaram a respeito das mudanças que a Constituição Federal de 1988 possibilitou para a Administração Pública, em especial no que diz respeito à descentralização dos serviços públicos, o que não difere na esfera municipal.

Afirma Durão (2012) que

> Não há dúvida de que o Município é uma pessoa jurídica de direito público interno constitucionalmente definida como pessoa da Federação, dotada de autonomia política e administrativa. Do princípio constitucional da **autonomia política municipal**, decorre a condição de **deter essa entidade federada estrutura sociopolítica própria e condições financeiras suficientes à realização dos objetivos locais consoantes com os princípios constitucionais positivados no atual sistema jurídico**. (grifo nosso)

Seguindo esta prerrogativa de análise, Miragem (2011) entende que

> A reforma administrativa do Estado brasileiro na segunda metade da década de 1990 deixou marcas profundas sobre a estrutura e modo de atuação da Administração Pública desde então. Mais do que isso, e como não poderia ser diferente, lançou ao direito administrativo uma série de desafios, relacionados ao novo perfil de Estado gestado, pela interrelação de modelos distintos de regulação jurídica [...]. Promoveu, ainda, o estreitamento de laços entre os órgãos e entes da Administração e as ações organizadas da sociedade civil, ampliando sensivelmente os modos de colaboração dos particulares nas áreas reservadas à atuação propriamente estatal.

Quanto à saúde pública na esfera municipal, estabelece o Artigo 18 da Lei 8.080/90 (Brasil, 1990) que compete à direção municipal do Sistema de Saúde – SUS, entre outros:

> I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
> II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual; […]
> VII - formar consórcios administrativos intermunicipais; […]
> X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
> XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
> XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Mas, como em todo processo, os dificultadores devem ser identificados e sanados. Um dificultador, difícil de ser sanado, é que os deveres assumidos pela Administração Pública, nas

três esferas, nem sempre encontram suporte estrutural e financeiro para sua efetivação. O sistema, sempre com farta demanda em todos os níveis de complexidade, necessita ser regulado. As ofertas devem suprir a demanda e, para que isto ocorra, o exercício coerente da gestão dos recursos e dos serviços faz-se necessário.

> O desenho geral do SUS no território deve orientar as relações entre as unidades de saúde, a compra de serviços (quando necessária) e fortalecer a função de regulação do sistema. Isso oferece ao gestor maior controle sobre a utilização dos recursos disponíveis. O reconhecimento dos espaços de pactuação entre gestores como estratégicos tem fortalecido o papel das comissões Inter gestores em todos os níveis do sistema, e aponta agora para uma nova etapa: a ampliação e a consolidação dos **espaços regionais de gestão**. **Eles são absolutamente necessários porque, para garantir integralidade e equidade na atenção à saúde de sua população, todo município precisará pactuar trocas e reciprocidades com outros municípios vizinhos ou próximos.** (grifo nosso) (BRASIL, 2009)

Os Municípios, instrumentalizados ou não, passam a exercer a efetiva Administração Pública, respondendo pelos interesses de seus munícipes e por estes controlada.

A habilidade gerencial é imprescindível, mas o conhecimento das políticas públicas de saúde, das leis pertinentes, da realidade local de saúde, entre outros, também o são.

Se entende que, uma vez que a saúde é garantida constitucionalmente, cabe ao poder público a gestão da máquina pública em prol deste, entre outros, pontos nevrálgicos da Administração Pública em geral.

São várias as modalidades de parceria previstas no direito positivo brasileiro, podendo estas serem utilizadas para os mais variados propósitos, de acordo com as leis que as criam e regulamentam: licitações e contratos da Administração Pública (Lei Nº 8.666/1993), concessão e permissão da prestação de serviços públicos - art. 175 da Constituição Federal (Lei Nº 8.987/1995), organizações sociais (Lei Nº 9.637/1998), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Lei Nº 9.790/1999), parceria público-privada (Lei Nº 11.079/2004), consórcios públicos (Lei Nº 11.107/2005) e terceirização (Lei Nº 13.429/217).

A partir da Constituição Federal de 1988 se intensificou o estímulo à cooperação entre entes públicos e entre estes e o sistema privado, seja sob a forma de contratos, seja sob a forma de cooperação ou por intermédio da formação de outras parcerias. A partir dos ditames constitucionais, a legislação complementar, mais rápida ou mais lentamente, se adaptou às orientações advindas da Carta Magna.

Os gestores públicos passaram a ser “munidos” de instrumentos administrativos que têm por finalidade efetivar a descentralização dos serviços públicos. Esta descentralização está embasada no atendimento do interesse público, premissa basilar da administração pública.

O Ministério da Saúde, a partir do Pacto pela Saúde de 2006 (Brasil, 2006), determina que cada Município seja responsável pela saúde pública de seus munícipes, assumindo desta forma a gestão de todas as ações e serviços de saúde oferecidos à população em seu território. Os Municípios, então, passam a ter competências ampliadas e específicas, não havendo hierarquia entre eles e os demais entes federativos.

Quanto à descentralização dos serviços públicos, no caso específico da saúde, este processo requer a criação de uma "rede" regionalizada de assistência e de serviços de saúde referenciada.

Além descentralização, o controle social também é tido como essencial e é estimulado pelo legislador. Porém, apesar dos novos instrumentos administrativos e do controle social, devido aos poucos (e, muitas vezes, mal aplicados) recursos financeiros, os Municípios têm que optar pelos serviços de saúde que disponibilizarão aos seus munícipes, geralmente priorizando os de baixa complexidade.

Quanto à média e alta complexidade, dependendo da estrutura do Município, poderá ser acordado com os Municípios vizinhos a sua disponibilização, como por exemplo, por meio de pactuação regional ou da formação do consórcio público.

Em meio a este complicado processo, o SUS mantém a determinação de que o sistema

> [...] se assenta em valores da sociedade brasileira expressas na Constituição Federal do país, a qual garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e, considera o princípio da equidade, previsto no Decreto no 7.508/2011, a participação da comunidade, a eficiência e melhoria da qualidade dos serviços, a humanização no atendimento e a valorização dos profissionais de saúde como valores sociais que permeiam este contrato em todas as suas cláusulas e condições. (BRASIL, 2022)

Da mesma forma, a disponibilização de serviços básicos de saúde ainda é precária em alguns Municípios no que tange à qualidade, não discutindo-se neste momento a equidade.

O acesso universal e igualitário é posto em cheque, bem como o compromisso com a integralidade da assistência.

Entende-se, a partir desta afirmação, que ocorre um nó na gestão dos recursos públicos.

4 MECANISMOS UTILIZADOS PELOS MUNICÍPIOS PARA GARANTIR ACESSO DA POPULAÇÃO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Historicamente, os entes públicos criaram as mais variadas "possíveis soluções" para os problemas de saúde da população brasileira. As diferenças regionais são gritantes e até

chegar ao sistema de saúde atual, várias políticas de saúde, frustradas ou não, foram implantadas.

> O desenvolvimento histórico dos serviços de saúde no país se deu de forma completamente heterogênea, ao sabor de lógicas as mais diferenciadas, desde o modelo caritativo-autônomo das Santas Casas de Misericórdia, passando pelo modelo asilar estatizado (hospitais de tuberculose, psiquiatria e hanseníase), pelo modelo previdenciário com os hospitais dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e do Instituto nacional de Previdência Social (INPS), bem como pelo modelo sanitarista da antiga Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública).
> Soma-se a estas lógicas a localização não regulada pelo Estado dos hospitais privados nas décadas de 70-80, que integraram a rede do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (BRASIL, 2022)

Conhecedores ou não dos recursos administrativos disponíveis, o que se verifica na atualidade é que parte dos Municípios, principalmente os de pequeno porte, não conseguem custear todos os serviços de saúde necessários. Como já mencionado, valem-se de referenciamentos de seus munícipes para outros Municípios, embora nem sempre esta demanda seja acolhida.

A demora no diagnóstico e tratamento de algumas patologias, bem como no atendimento de urgências e emergências, promove aumento considerável da morbimortalidade.

> As necessidades e carências apresentadas pelos Municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde – otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm elevado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde. (BRASIL, 2007)

O uso de mecanismos administrativos pelo gestor público municipal de saúde deverá prever a possibilidade de acesso do usuário ao serviço de saúde específico e adequado a seu quadro de saúde, atendendo satisfatoriamente a demanda gerada e não suprida na esfera municipal por ausência de recursos.

A necessária e adequada articulação, pelo gestor, da máquina pública permite a execução dos atos administrativos com base nas premissas constitucionais de organização do SUS: regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado.

Para garantir esta eficiente utilização dos recursos administrativos, o Ministério da Saúde fortalece a autonomia de atuação do gestor público, respaldando os atos que visem, prioritariamente, o interesse público.

São recursos comumente utilizados pelos gestores municipais de saúde: a Programação Pactuada Integrada (PPI) e a compra de serviços do setor privado.

A Portaria Nº 1.097 de 22 de maio de 2006, do Ministério da Saúde, resolve:

> Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.
> Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Também, de acordo com o Ministério da Saúde, a PPI tem por objetivos, entre outros, a busca da equidade de acesso às ações e aos serviços de saúde; a definição de que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios; possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde e fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde.

Em resumo, a meta principal da PPI é fortalecer a regionalização através de referências, suprindo, desta forma, as carências da área da saúde com o auxílio mútuo.

> O reconhecimento dos espaços de pactuação entre gestores como estratégicos tem fortalecido o papel das comissões intergestores em todos os níveis do sistema, e aponta agora para uma nova etapa: a ampliação e a consolidação dos espaços regionais de gestão. **Eles são absolutamente necessários porque, para garantir integralidade e equidade na atenção à saúde de sua população, todo município precisará pactuar trocas e reciprocidades com outros municípios vizinhos ou próximos.** Seja por não dispor de estrutura suficiente, ou por dispor e acabar, por isso mesmo, sobrecarregado por demandas vindas de fora de seus territórios.[…]
> **O sistema público de saúde funciona de forma referenciada.** Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os
> municípios. (grifo nosso) (BRASIL, 2011)

Mas, se apesar de optar por outros mecanismos, ações e serviços continuarem indisponíveis aos usuários do sistema único de saúde, estes poderão ser comprados em serviço privado, adequado às necessidades de saúde apresentadas.

Esta compra de serviços ocorre quando o setor privado, mediante remuneração, executa atividade que seria atribuída ao setor público.

Na maior parte das vezes, o processo tem início com a chamada pública, fase em que o gestor público informa todos os prestadores de serviços de saúde cadastrados, que se disponham a integrar o SUS pelos preços estabelecidos na tabela, do seu interesse em contratá-los:

> O desenho geral do SUS no território deve orientar as relações entre as unidades de saúde, a compra de serviços (quando necessária) e fortalecer a função de regulação do sistema. Isso oferece ao gestor maior controle sobre a utilização dos recursos disponíveis. (BRASIL, 2022)

Devido a isto, tratando-se especificamente do SUS, há a necessidade da implantação de um sistema regulatório, de avaliação, de controle e de auditoria dos serviços prestados pelo ente público e por terceiros, além do fortalecimento do controle social, exercido pelos usuários.

Um sistema de regulação de fluxos de acesso do usuário ao serviço adequado e em tempo hábil, respeitando as pactuações realizadas entre os entes municipais, foi sugerido pelo Ministério da Saúde:

> Definidas e pactuadas as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais, com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI ficou evidenciada a necessidade da regulação deste fluxo, garantindo-se que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada. (BRASIL, 2010)

É inquestionável, então, que a regulação assistencial deve estar voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada:

> a operacionalização das ações de regulação traz um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde ao reforçar e qualificar as funções gestoras; otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, consequentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde. (BRASIL, 2010)

Assim como os complexos reguladores, a necessidade de avaliação, de controle e de auditoria dos serviços de saúde disponibilizados pela administração pública ou por terceiros se tornou emergente.

A melhoria esperada do controle da alocação dos recursos destinados à saúde promove mais segurança, inclusive jurídica, aos gestores e maior confiança no sistema de saúde vigente no país.

> É fundamental a estruturação e a manutenção de uma sistemática permanente de avaliação de desempenho que contribua para um redesenho das estratégias, quando necessário, e que possibilite ao gestor verificar se está alcançando os resultados

> pretendidos, no que se refere à melhoria das condições de saúde dos seus munícipes. (BRASIL, 2009)

Com relação aos atos administrativos, cabe lembrar que todos os atos da administração pública são passíveis de controles internos e externos, sendo que os atos realizados na gestão da saúde pública não diferem dos demais.

Já o controle social municipal se dá através dos Conselhos Locais de Saúde. instituídos pela da Lei Nº 8.142/90 e reforçados pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Suas atribuições legais e políticas são atuar na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e atuar no controle social da execução da política de saúde.

Esta atuação dos Conselhos de Saúde constitui um imenso desafio para o gestor público pois exige deste uma atuação consciente, com pilares sociais, administrativos e jurídicos sólidos e gestão transparente, sujeita continuamente ao controle da comunidade que representa, que está cada vez mais participativa.

4.1 Parcerias Possíveis na Saúde Pública

A expressão parceria é extremamente genérica, significando qualquer modalidade de colaboração entre entidade pública e particulares, sendo necessária a diferenciação entre as principais modalidades de parcerias possíveis na gestão da saúde pública:

a) Terceirização

Para Celso Antônio Bandeira de Mello (2010), a terceirização nada mais é do "passar para particulares tarefas que vinham sendo desempenhadas pelo Estado". O termo terceirização abrange os mais diversos instrumentos jurídicos, tais como a concessão, a permissão, a delegação, o contrato administrativo de prestação de serviços, entre outros, não transmitindo ao interlocutor a mínima ideia daquilo que está de direito a ocorrer.

O autor critica a adoção de termos da Economia e da Administração no meio jurídico visto que muitos destes não possuíam significado jurídico reconhecível. Defende que algumas "palavras novas" adotadas não se mostravam, em um primeiro momento, como contrastantes com o nosso direito positivo.

A Lei Nº 13.429, de 31 de março de 2017 alterou dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e deu outras

providências, também dispondo sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros.

b) Convênios

O convênio está disciplinado pelo art. 116 da Lei 8.666/93.

Este artigo traz, em seu § 1º , a exigência de prévia aprovação do plano de trabalho proposto pela organização interessada, o qual deve conter, no mínimo: a identificação do objeto a ser executado; as metas a serem atingidas; as etapas ou fases de execução; o plano de aplicação dos recursos financeiros; o cronograma de desembolso; a previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas e o ajuste compreender obra ou serviço de engenharia, comprovação de que os recursos próprios para complementar a execução do objeto estão devidamente assegurados, salvo se o custo total do empreendimento recair sobre a entidade ou órgão descentralizador.

Madauar (2006) conceitua convênios como sendo acordos celebrados para realização de objetivos de interesse comum, entre entidades e órgãos públicos de espécies diferentes ou entre estes e entidades privadas.

Durão (2012) esclarece que os convênios administrativos de saúde pública demonstram ideia de ato plurilateral, prevendo atuação conjunta e obrigações recíprocas, sem necessitar de licitação prévia e interesse patrimonial privado imediato ou qualquer tipo de remuneração. Ressalta que o que norteia a formação dos convênios é a atuação da Administração Pública com fulcro no princípio da finalidade, mas lembra que o convênio "desobriga aos partícipes a devida observância e a sua permanência no feito, provocando, assim, certa insegurança dos próprios administrados e dos convenentes".

Na prática, tem se optado pela contratação temporária, o que não gera estabilidade. Por se tratar de necessidade, o convênio, que é de necessidade excepcional e temporária, pode optar também pela admissão em empregos públicos, o que é menos usual entre os gestores devido à precariedade das relações assumidas com a adesão aos convênios e a relação que se estabelece com os candidatos assim que submetidos a certame público, sendo que as questões trabalhistas são muito comuns.

c) Contratos de gestão

Contratualizar é uma das principais estratégias do gestor público na atualidade. O contrato de gestão aparece como mais uma possibilidade gerencial, desta vez com cunho social.

O gestor público municipal de saúde tem vários mecanismos de gestão à sua disposição. Além dos instrumentos anteriormente detalhados, o gestor ainda pode optar pelas Parcerias Público-Privadas (PPPs), pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), pelo termo de parceria e pela concessão administrativa.

d) Os consórcios

Os consórcios públicos constituem um instrumento administrativo que, devido à exigência de gratuidade preconizada pela CF/88, pode ser utilizado pela administração de qualquer um dos entes federativos na gestão da saúde pública.

Os consórcios públicos têm previsão constitucional no Artigo 241 da CF/88, introduzido pela Emenda Constitucional 19/98.

Para Marroni et al (2020)

> Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Na área pública representa uma alternativa para a execução dos serviços complementares [...] O processo de regionalização dos serviços, por meio do instrumento consórcio intermunicipal, representa um avanço, pois muitos dos municípios não poderiam assumir um encargo que ultrapassa sua capacidade técnica e financeira, considerando a eficiência, ou seja, a relação custo/benefício, os consórcios passam a ter flexibilidade administrativa e financeira.

A partir desta previsão, a “lei dos consórcios públicos”, Lei 11.107/05, foi criada, tendo como finalidade normatizar a gestão associada, na modalidade de consórcio público, entre os entes federativos.

Para Gasparini (2011), " enquanto a competência legislativa sobre consórcios públicos é exclusiva da União, a competência para a sua instituição é de todos os entes federados, que se valerão para tanto da Lei dos Consórcios Públicos.”

A segurança jurídica tão importante para a gestão dos recursos públicos parece ter sido contemplada pela lei dos consórcios públicos, com alguns contrapontos doutrinários a este respeito.

Outra dificuldade que os gestores apresentam é relativa ao custeio das ações e serviços de saúde, alegando que os repasses financeiros assumidos pelas esferas federal e estadual para os Municípios nem sempre contemplam o percentual definido e esperado.

Já para os Municípios de pequeno porte é inviável a manutenção de serviços de saúde muito onerosos e/ou com pouca demanda, o que não ocorreria se os custos destes serviços fossem rateados entre vários Municípios vizinhos, por exemplo.

Se analisarmos a onerosidade dos serviços de saúde e a arrecadação dos municípios pequenos, os consórcios se tornam um meio para o alcance da eficiência da prestação dos serviços de saúde aos seus munícipes.

Para Berwig (2019)

> Se observarmos apenas o princípio da eficiência já é possível afirmar que o estabelecimento de direitos constitucionais ao cidadão implica o dever orçamentário em limites suficientes para atender às demandas da sociedade, coletiva ou individualmente. Ocorre que os orçamentos, via de regra, são aprovados com deficiências orçamentárias, de modo que fica difícil concretizar muitos dos direitos estabelecidos.

Portanto, a gestão associada se torna uma alternativa viável ao gestor municipal de saúde visto suas particularidades que serão neste capítulo detalhadas.

O Decreto nº 6.017/2007, por sua vez, criou normas para a execução da Lei 11.107/2005 e em seu artigo 2º, I, traz o conceito de consórcio público:

> Pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como **associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica**, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. (GN) (BRASIL, 2007)

Já em análise às determinações legais acerca do tema, verificamos que o consórcio público será celebrado a partir da ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções. Este deverá ser publicado na imprensa oficial.

A personalidade jurídica que o consórcio público poderá adquirir está prevista no artigo 7º do Decreto 6.017/2007, ou seja, será de direito público (mediante vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções) ou de direito privado (mediante vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções e dos requisitos previstos na legislação civil). O protocolo de intenções, de acordo com o Decreto 6.017/2007, é um contrato preliminar que, quando ratificado (aprovado) pelos entes federativos interessados, converter-se-á no contrato de consórcio público. A ratificação consiste na "aprovação pelo ente da Federação, mediante lei,

do protocolo de intenções ou do ato de retirada do consórcio público" (Artigo 2º, inciso IV, do Decreto 6.017/07).

Ainda que de direito privado, os consórcios deverão observar as formas do direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, admissão de pessoal e prestação de contas.

Cabe ressaltar que é direito de qualquer dos contratantes, quando adimplente com suas obrigações, exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de consórcio público.

Já o contrato de rateio é um contrato por intermédio do qual os entes consorciados se comprometerão a fornecer os recursos financeiros necessários para realizar as despesas do consórcio público. Se observa que esta é a única forma de entrega de recurso financeiro do ente consorciado ao consórcio público.

Será formalizado em cada exercício financeiro, observando a legislação orçamentária e financeira dos entes consorciados, dependendo sempre da previsão de recursos orçamentários que cumpram as obrigações contratadas pelo consórcio. Se celebrado contrato de rateio sem suficiente e prévia dotação orçamentária ou sem se observar as formalidades previstas em lei, constituirá ato de improbidade administrativa. No contrato de rateio, da mesma forma, não poderão haver cláusulas que dificultem ou afastem a possibilidade de fiscalização dos controles interno e externo ou pela sociedade civil de qualquer dos entes consorciados.

Quanto ao prazo de vigência, este não poderá exceder "ao de vigência das dotações que o suportam, com exceção dos que tenham por objeto exclusivamente projetos consistentes em programas e ações contemplados em plano plurianual", conforme estabelece o artigo16, do Decreto 6.017/07.

O cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio pode ser exigido pelos entes consorciados, isolada ou conjuntamente, pois estes constituem as partes legítimas para fazê-lo.

Por sua vez, o consórcio público deverá fornecer aos entes consorciados as informações financeiras necessárias para lançamento nas contas dos consorciados das receitas e despesas realizadas e atendendo aos critérios de legalidade, publicidade e de controle financeiro.

Já o contrato de programa é o objeto do contrato de programa é a gestão associada dos serviços públicos entre os entes consorciados.

A Lei 11.107/2005 não traz o conceito do contrato de programa. Seu Artigo 13 apenas estabelece que o contrato de programa será utilizado para constituir e regular as

obrigações que um ente da Federação assumir com outro ente da Federação ou para com o consórcio público "no âmbito de gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos". (BRASIL, 2005)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de descentralização da saúde pública trouxe uma maior responsabilização aos gestores locais de saúde mas, em contrapartida, permitiu a adequação do sistema às necessidades locais de saúde, a formação de parcerias com outros entes federativos e a necessária qualificação dos gestores frente às mudanças apresentadas, e gradativamente introduzidas, no sistema de saúde brasileiro.

A regionalização também se encontra em fase de implantação e os gestores locais de saúde municipais cada vez mais têm se apropriado da gestão plena dos recursos destinados à saúde de seus munícipes.

A partir da Constituição Federal de 1988 muito se avançou, mas muito há por evoluir. Os problemas de saúde, na grande maioria das vezes, estão relacionados com a má gestão dos recursos públicos, ao desconhecimento dos instrumentos de gestão e ao esquecimento de que o que move a máquina estatal é o interesse público.

Outra situação identificada no estudo realizado é a complexidade das leis que tratam das parcerias na Administração Pública, dando margem a interpretações e aplicações dúbias.

Muitas vezes, também, não proporcionam segurança jurídica ao administrador público e, como alguns doutrinadores entendem, não passam de um "reinventar a roda".

Esta confusão, muitas vezes ocasionada pela própria legislação quando não cumpre seu papel de alicerce dos atos administrativos, pode levar ao mau uso da máquina administrativa pública, até mesmo, e não com pouca frequência, de forma ilícita.

Os interesses são diversos. Movidos pelo desconhecimento ou pela má fé, os gestores nem sempre cumprem com o compromisso assumido. Nesta linha de pensamento, se reafirma que o Sistema Único de Saúde traz definições inovadoras, a descentralização e os mecanismos de parceria podem ser eficazes, o consórcio público pode vir a ser uma parte da solução para atender a demanda dos Municípios por serviços de média e alta complexidade na saúde, bem como da adequada oferta da atenção básica.

As determinações são claras, mas apresentam lacunas. Todavia, se aplicadas com a boa-fé do interesse público e da cooperação entre os entes federativos na busca por soluções, não se perderão de sua real finalidade.

Então, de forma otimista, se conclui que existem soluções viáveis para os problemas de gestão da saúde pública municipal, a exemplo dos consórcios públicos, com a ressalva de que sejam aplicados nos limites do direito positivo e para os fins estabelecidos.

REFERÊNCIAS

BERWIG, Aldemir. Direito Administrativo. Ijuí: Editora Unijuí, 2019. E-book. ISBN 9788541902939. Disponível em: https://online.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788541902939/. Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ Constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Comunicação em saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_saude_guia_jornalistas.pdf. Acesso em: 04 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-osus-2007.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde**.** Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://azdoc.tips/preview/sus-3edicao-completo-5c127f152c759. Acesso em: 04 de abril de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm. Acesso em: 04 de outubro de 2022.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.097 DE 22 DE MAIO DE 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4565.html Acesso em: 04 de outubro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.637 de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em 08 de outubro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm. Acesso em 01 de outubro de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm. Acesso em: 16 de outubro de 2022.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 9a edição. São Paulo: Atlas, 2012.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella D. **Direito Administrativo**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788530993351. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993351/. Acesso em: 16 out. 2022.

DURÃO, Pedro. **Convênios e Consórcios Públicos**. 3ª edição. Curitiba: Juruá, 2012.

GASPARINI, Diogénes. **Direito administrativo**. São Paulo: Editora Saraiva, 2011. E-book. ISBN 9788502149236. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502149236/. Acesso em: 16 out. 2022.

MARRONI, Carlos Henrique; FRANZESE, Cibele; PANOSSO, Alceu**. Consórcios Públicos Intermunicipais**: caminho para descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas? Enfoque : Reflexão Contábil 40.1 (2020): 17-29. Web.

MEDAUAR, Odete. **Consórcios Públicos: comentários à Lei 11.107/2005**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006.

MIRAGEM, Bruno. **A Nova Administração Pública e o Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.