

Os desafios à concretização do Sistema Único de Saúde, como um sistema eminentemente público

Autores:

Valéria Alpino Bigonha Salgado,

Thiago Lopes C. Campos,

Catarina Batista da Silva Moreira



1. Introdução

Com o advento da Constituição de 1988 - conhecida como a Constituição Cidadã por haver consagrado os ideais nacionais de uma sociedade justa e solidária e de um Estado com políticas públicas voltadas à garantia dos direitos humanos básicos, orientadas nos valores éticos e sociais de cidadania - estabeleceu-se no Brasil, um novo paradigma normativo.

Contudo, pelo princípio da continuidade da ordem jurídica, conforme bem pontua o hoje Ministro do Supremo Tribunal Federal Luis Roberto Barroso, a nova Constituição, inevitavelmente, deparou-se com um sistema legal preexistente, não importando a sua promulgação em um rompimento integral e absoluto com o passado.

Na área da saúde, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, responsável por prover aos cidadãos a saúde como direito, de acesso universal e igualitário, conforme a nova ordem constitucional (art. 198), esbarrou, ainda, na existência de um modelo de atuação já instalado, caracterizado pela fragmentação institucional e programática das instituições públicas - expressas na dicotomia entre a medicina previdenciária e as políticas preventivas do Ministério da Saúde; e pela dependência dos serviços de saúde oferecidos pelo setor privado, especialmente, pelas entidades filantrópicas.

O ideal de um SUS eminentemente público, estabelecido no *caput* do art. 198 da Carta Maior foi, assim, conciliado no próprio texto constitucional com a necessidade de viabilizar a participação da iniciativa privada dentro do Sistema, a título de complementariedade, dada a preferência ao setor filantrópico (art. 199 da CF); limitada, logo em seguida, aos casos de insuficiência de serviços na rede pública, pelos arts. 24 a 26 da Lei nº 8.080 de 1990.

Remonta, portanto, à gênese do SUS o debate sobre os contornos da participação da iniciativa privada como prestadora de serviços complementares à rede pública de saúde, havendo essa participação complementar suscitado debates junto aos

atores do Sistema e à comunidade jurídica nacional, especialmente quanto aos limites a serem observados pelos gestores na contratação de serviços privados de assistência à saúde ou fomento à atuação de entidades civis sem fins lucrativos na oferta de serviços de saúde à população, como estratégias alternativas ao investimento na capacidade operativa da rede pública.

Decorridos quase 30 anos da Constituição da República e da criação do SUS, esses debates ainda persistem no âmbito do Sistema, reforçados nos últimos anos pelos questionamentos acerca da natureza das organizações sociais e da forma de sua aplicação dentro do SUS, notadamente no que tange ao movimento de retração da atuação direta do Poder Público, pela extinção de um órgão ou entidade pública com a transferência dos serviços para a OS (publicização), que normalmente ocorre quando o Poder Público qualifica uma organização social e com ela celebra contrato de gestão.

Para a adequada compreensão desse assunto é fundamental analisar brevemente as disposições constitucionais sobre a saúde pública e a organização do Sistema e, ainda, as disposições da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080), essa última, especialmente no que tange às diretrizes estabelecidas para a participação complementar da iniciativa privada, constantes de seu art. 24.

2. SUS: um sistema de atividades e serviços públicos de saúde

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, à luz das disposições do art. 198 da Constituição Federal de 1988, como um sistema público, constituído pelas ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e entidades públicos federais, distritais, estaduais e municipais; que alcançam, não apenas a assistência médico-hospitalar, mas também no provimento da atenção integral aos cidadãos, que incluem a atenção básica, a vigilância epidemiológica e sanitária, a pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde; a formação de profissionais de saúde; as campanhas educativas e de mobilização da sociedade em prol da saúde integral; a produção de medicamentos e hemoderivados; dentre outros.

Embora as atividades de assistência à saúde sejam livres à iniciativa privada, podendo ser exploradas no mercado ou exercidas por agentes sociais sem motivações lucrativas (cf. *caput* do art. 199 da Constituição), a participação da iniciativa privada, no âmbito do SUS, dá-se apenas de forma complementar, segundo diretrizes deste, e por força de contratos administrativos ou convênios celebrados com o Poder Público, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§1º do art. 199 da Constituição).

Constituição Federal

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO - IDISA
V CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO – 2016

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Em ambos os casos, a atuação privada, por assumir caráter de participação complementar no SUS, fica obrigada à observância dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei nº 8.080, de 1990, sobretudo às seguintes:

- a) ser desenvolvida de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios estabelecidos no art. 7º da Lei nº 8080, de 1990, que incluem à obediência aos princípios da universalidade de acesso; da integralidade da assistência; da igualdade da assistência à saúde; da participação a comunidade; da regionalização e hierarquização dos serviços, dentre outros;
- b) organizar-se de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente;
- c) observar as normas regulatórias estabelecidas pela União;
- d) submeter-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato/convênio;
- e) ser gratuitas para os cidadãos (art. 43); e
- f) observar os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

O § 1º do art. 199 determina, ainda, que, na complementação de serviços da rede de saúde com os serviços de entidades privadas, o Poder Público dê preferência aos ajustes celebrados com aquelas sem fins lucrativos, por meio da compra desses serviços (contrato) ou pelo fomento (convênio).

A participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, segundo os arts. 24 a 26 da Lei nº 8.080, de 1990, deve se limitar às situações em que *as disponibilidades dos órgãos e entidades públicos forem insuficientes* para garantir cobertura assistencial à população sob sua área de abrangência.

Em outras palavras, o gestor do SUS está autorizado a recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, sempre que os *serviços próprios da rede pública de saúde forem insuficientes* para atender às necessidades da população.

Nesses casos, ele pode optar: (a) pela contratação de serviços no mercado junto a entidades privadas com ou sem fins lucrativos, observada tabela de preços fixada pela Direção Nacional do Sistema e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (conforme art. 26, *caput*, §1º e 2º e art. 16, XIV da Lei nº 8.080, de 1990); ou (b) pelo fomento a entidades civis sem fins lucrativos que atuem no campo da

assistência à saúde, mediante a celebração de convênios ou outros instrumentos congêneres¹.

Sobre a participação complementar da iniciativa privada no âmbito do SUS é de efeito esclarecedor o teor do voto do Ministro Dias Toffoli, do Supremo Tribunal Federal, ao Recurso Extraordinário 581.488-RS, de 03 de dezembro de 2015:

“Não se nega também que a saúde pública possa ser complementada pela iniciativa privada. Conforme salientado por Fernando Borges Mânica, em trabalho acadêmico, a própria Constituição Federal faz referência expressa à participação privada no sistema público de saúde e, “com isso, a delimitação do caráter complementar de participação da iniciativa privada na prestação de serviços públicos de saúde implica a análise do alcance do conteúdo constitucional da complementaridade, a qual deve ter como referencial tanto (i) o texto da Constituição, quanto (ii) as condições históricas, sociais e econômicas atuais e aquelas existentes no momento de elaboração do texto constitucional” (Participação privada na prestação de serviços públicos de saúde. In: Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Direito na Universidade de São Paulo, 2009).

A Constituição Federal, portanto, ao disciplinar o direito à saúde, oferece expressamente a possibilidade de modernização da Administração Pública por meio da participação consensual e negociada da iniciativa privada tanto na gestão de determinadas unidades de saúde quanto na prestação de atividades específicas de assistência à saúde.

Essa parceria fica evidente na leitura dos arts. 197 e 199, § 1º, da Constituição Federal, a saber:

“Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

(...)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”

A complementaridade do setor privado na área da saúde pública, inclusive, é reconhecida pelo Ministério da Saúde, que, em seu manual sobre doutrinas e princípios, elaborado pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, reconhece ter a Constituição Federal definido que, quando houver insuficiência do setor público e for necessária a contratação de serviços privados, isso se deve dar sob três condições:

“1a. - celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular;

2a. - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade, etc.,

¹ Na celebração desses contratos ou convênios, os gestores devem observar os parâmetros de cobertura assistencial, critérios e valores de remuneração dos serviços contratados, estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS (art. 26, Lei nº 8.080, de 1990).

INSTITUTO DE DIREITO SANITÁRIO APLICADO - IDISA
V CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO – 2016

como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;

3a. - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecido, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição.

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização.

Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos” (vide ABC do SUS – Doutrina e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1999).

A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde.

Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federativos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina².

Conforme salientado por Geisa de Assis Rodrigues, “as instituições privadas têm liberdade para prestar serviços de saúde. Podem atuar de forma complementar ao SUS ou não. As que complementam as atividades do Poder Público no SUS estão plenamente sujeitas às suas regras, sendo preferencialmente de fins não lucrativos ou entidades filantrópicas. Os serviços prestados por meio de convênio ou contrato público são remunerados, observando os critérios fixados pela Direção nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que os valores são estabelecidos através de um ato administrativo complexo, ou seja, só é fixado quando definido pelo Ministro da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a lei” (op. cit. p. 330).

Sobre a necessidade de se observar o iter a ser trilhado para se chegar ao montante da remuneração, assim já decidiu o Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“Esta remuneração, à obviedade, há de ser paga pelo poder público ao particular colaborador, desde que comprovadas as despesas, os serviços e uma vez apresentado o demonstrativo econômico-financeiro a garantir, inclusive, a qualidade dos serviços executados, havendo que se resguardar sempre o equilíbrio econômico e financeiro” (STJ - Resp. 995003, Primeira Turma, Rel. Min. José Delgado, DJ de 5/3/08).

Isso não implica que haja supremacia da Administração sobre o particular, que pode atuar, em parceria com o setor público, obedecendo sempre, como mencionado, os

critérios da consensualidade e da aderência às regras públicas. Como se constata pelas exitosas experiências em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, dentre outros, na área da saúde, importantes requisitos das parcerias, como contratualização, flexibilidade, possibilidade de negociação, consensualismo, eficiência e colaboração são fundamentais para que os serviços possam ser prestados de forma ao menos satisfatória.

Dessa perspectiva, como já escreveu Mânica:

"[P]ode-se concluir que a assistência prestada por meio da iniciativa privada deve complementar as atividades de competência do SUS, as quais não podem ser integralmente executadas por terceiro. Tal entendimento veio ao encontro do que dispõe ao artigo 197, que não faz qualquer balizamento à possibilidade de participação privada na prestação de serviços.

Assim, quando a Constituição Federal menciona a complementaridade da participação privada no setor de saúde, ela determina que a participação da iniciativa privada deve ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização" (Fernando Borges Mânica, op. cit., p. 7).

Importante ressaltar que a dupla via da participação complementar do setor privado no SUS- pelo fomento a entidades sem fins lucrativos na realização de finalidades de interesse público e recíproco ou pela compra de serviços - não alcança o exercício de atividades e serviços públicos privativos², que impliquem o uso de poderes de Estado que a Constituição Federal ou a lei reservaram aos órgãos e entidades públicos, tais como regulação, normatização, fiscalização, tutela, sanção, habilitação³.

Outro aspecto de relevância é que a autorização constitucional de complementação das ações e serviços públicos de saúde junto ao setor privado não torna o SUS um "sistema de saúde nacional", que integra ações e serviços públicos e privados de saúde. Em outras palavras, as ações e serviços de saúde privados não fazem parte do SUS.

² Atividades ou serviços públicos privativos são aqueles próprios do Poder Público, vedados, pela Constituição e pela lei, a entidades privadas. São eles: as atividades de direção superior, regulação, regulamentação e controle das atividades administrativas (Constituição Federal, arts 61, 70 a 74 e 84); defesa do Estado e das instituições democráticas (Constituição Federal, Título V); tributação e o orçamento (Constituição Federal, Título VI) e previdência social. Atividades ou serviços públicos não privativos são aqueles livres à iniciativa privada, tais como os serviços sociais ou voltados para o mercado.

³ Atividades de formulação e regulamentação da política de saúde; de gestão das atividades do sistema (aí incluídos o planejamento, acompanhamento, avaliação e controle), de vigilância sanitária e epidemiológica; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização de inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, dentre outras similares, são vedadas ao particular, devendo ser exercidas de forma exclusiva por órgãos da Administração Direta ou por suas entidades vinculadas.

O Sistema Único de Saúde descrito pelo art. 198 da Carta Maior é essencialmente público, conformado por uma rede de ações e serviços realizados diretamente pelos órgãos da administração direta dos entes federativos; assim como de suas autarquias; fundações públicas de direito público ou de direito privado; empresas estatais⁴ e consórcios públicos, instituídos sob a égide da Lei nº 11.107, de 2005.

A participação da iniciativa privada no SUS deve ser, portanto, a exceção, ocorrendo apenas em caráter *complementar*, quando as ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e entidades públicos forem insuficientes para cobrir a demanda da população; e, nesses casos, os serviços privados complementares devem se sujeitar à observância dos regramentos do SUS, conforme estabelecido no §2º do art. 26 da Lei nº 8.080, de 1990.

3. Desafios para a concretização do SUS público

Para a advogada e doutora em direito sanitário, Lenir Santos, apesar da natureza pública do SUS estar assentada na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, o principal desafio da atualidade é o de concretizar o SUS como um sistema público conceitualmente completo e organizativamente complexo – que atua nas dimensões da prevenção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva da população; e que se conforma pelos 5.570 municípios brasileiros, 27 estados e União, todos gestores do Sistema e de todas as ações e serviços que devem se integrar nas regiões de saúde para dar conta de prover, à população brasileira, a integralidade da atenção à saúde⁵.

Sem pretender desconsiderar ou mesmo minorar a importância dos fatores políticos, econômicos e culturais que incidem positiva e negativamente na concretização de um SUS eminentemente público, defende-se, no presente artigo que a atual dissintonia entre o texto constitucional e os regramentos administrativos infraconstitucionais constitui um grave obstáculo à efetivação do Sistema tal como concebido na Constituição - público, descentralizado, organizado em rede regionalizada, com direção única em cada esfera de governo, aberto à participação e ao controle e social; responsável pelo atendimento integral aos cidadãos brasileiros.

⁴ Apesar da empresa estatal não ser um modelo jurídico-institucional apropriado para realização de atividades e serviços públicos de saúde, de natureza gratuita para a população, nos últimos anos, viu-se o surgimento de empresas estatais da área da saúde, com estatutos jurídicos modificados pelas respectivas leis autorizativas de forma a lhes conceder modelagem de “*empresa estatal social*”, cujas competências e atividades não são voltadas à exploração de serviços no mercado mas relacionadas a provimento de benefícios sociais à população. É o caso, no âmbito federal, da Hemobrás e da EBSEH.

⁵ Conforme aula ministrada por Lenir Santos no V Curso de Especialização em Direito Sanitário Aplicado, em 27 de agosto de 2016, em Campinas (SP)

O atual ordenamento jurídico ao qual estão submetidos os órgãos e entidades públicos de saúde é obsoleto, fragmentado e inadequado à atuação estatal, com várias legislações e normas em desacordo com os dispositivos constitucionais. As várias iniciativas de reforma implementadas pós-1988, com introdução de novos institutos jurídicos sintonizados com os novos paradigmas de atuação do Estado – mais flexíveis, ágeis, participativos e voltados para resultados, passaram a coexistir com marcos legais obsoletos e anacrônicos, tais como o Decreto-Lei nº 200, de 1967 e a Lei nº 4.320, de 1964, ambos aprovados durante o Regime Militar, dentro de um conceito de estado centralizado e refratário à participação e ao controle social.

Como consequência, tem-se instalado um cenário de insegurança jurídica crescente e generalizada; e na contramão das diretrizes constitucionais da eficiência e da ênfase na participação e controle social, observa-se, especialmente nos últimos anos, a expansão do fenômeno da exacerbação da função controle, com fortalecimento dos órgãos de controle interno e externo, acompanhada do enrijecimento das formas de atuação do Poder Executivo, efetivado pela aprovação de medidas legais e normativas de cunho cerceador, que têm limitado o espaço de atuação autônoma do administrador, com penalização de condutas empreendedoras e afetado negativamente a aplicação dos institutos jurídicos introduzidos pelas reformas administrativas.

Com isso, estimula-se a lógica do imobilismo e a postura do “não fazer”, num ambiente no qual “quem se aventura e faz” assume muita responsabilidade e se sujeita à penalização.

Muito embora esses problemas afetem todos os setores da ação executiva do Estado Brasileiro, eles assumem importância especial no campo das políticas sociais, como a saúde pública, que, por serem intensivos na prestação de serviços diretos à população, requerem modelos organizativos e tecnologias jurídico-institucionais especiais, capazes de permitir ao Poder Executivo atender às demandas crescentemente maiores e mais complexas da população, as quais, por sua vez, exigem respostas ágeis e eficazes do Estado. Nesses setores, a aplicação do mesmo regime jurídico imposto às atividades estatais regulatórias, que implicam o exercício dos poderes estatais privativos, reservados aos órgãos da administração direta e entidades regidas integralmente pelo direito público, representa fator complicador e, em alguns casos, inviabilizador da ação estatal.

Todas as tentativas realizadas nos últimos anos de inovar no universo jurídico brasileiro, por meio da aprovação de modelos jurídico-institucionais alternativos, para a atuação estatal direta no setor social, como os consórcios públicos⁶, as

⁶ Merece destaque especial o modelo jurídico do consórcio público, por contorna os problemas mais recorrentes enfrentados pelos gestores públicos de saúde na governança de sua rede de serviços, e pode ser uma tecnologia jurídico-institucional de grande importância para o fortalecimento do SUS, como rede pública de saúde.

fundações estatais; e o modelo de “empresa pública social”, esbarraram em resistências políticas dentro e fora da máquina pública⁷; com questionamentos jurídicos quanto à viabilidade constitucional de suas implementações; e passaram, gradativamente, a sofrer um processo de “autarquização” pelos órgãos responsáveis pelos sistemas administrativos da Administração Pública e órgãos de controle interno e externo, pela extensão gradativa, a eles, dos mesmos controles burocráticos aplicáveis à administração direta e às autarquias.

Dentre as principais dificuldades ou inadequações jurídico-administrativas com as quais se deparam gestores públicos, estaduais e municipais de saúde na organização de suas redes de serviços públicas, podem ser mencionadas as relacionadas: (a) à contratação e a fixação de profissionais de saúde, especialmente em localidades de difícil acesso e condições incipientes de trabalho; (b) aos limites de gastos com despesas de pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal; (c) à observância do teto remuneratório imposto pelo inciso XI do art. 37 da Constituição Federal; (d) à ausência de regramentos legais e normativos próprios e adequados à aplicação do instituto da licitação no setor de saúde; (e) ao regime orçamentário e contábil inflexível imposto às organizações públicas; (f) ao modelo autocentrado da burocracia pública, em todos os níveis, refratário aos paradigmas da gestão por resultados; e (g) ao “ativismo orientador” dos órgãos de controle externo.

As dificuldades dos gestores do Sistema Único de Saúde de contratar e fixar profissionais tem se mostrado um desafio, por vezes intransponível, especialmente nos municípios de pequeno porte, por várias razões, dentre elas as relacionadas às condições pouco atrativas do atual regime jurídico que rege as relações de trabalho da Administração Pública com esses profissionais, notadamente no que tange aos valores de remuneração; horários e condições de trabalho. Os limites impostos pelo teto remuneratório vinculado aos subsídios percebido pelos respectivos prefeitos, impede que esses adotem padrões remuneratórios atrativos para os profissionais de saúde, principalmente para o médico, similares aos praticados pelo mercado; enquanto as limitações de despesas com pessoal, impostas pela Lei Complementar nº 101, de 2000 (lei de responsabilidade fiscal) prejudicam a capacidade do ente federativo de contratar pessoal próprio para os seus órgãos e entidades prestadores de serviços de saúde. Os concursos públicos realizados por esses municípios não conseguem atrair profissionais suficientes (em grande parte pelos baixos salários e pelas dificuldades de assentamento do profissional em localidades menores e

⁷ Pode-se citar, como exemplo, a reação veemente das corporações de servidores públicos e de parte da comunidade jurídica brasileira, especialmente de membros de órgãos de controle externo, do Ministério Público e da própria Ordem dos Advogados do Brasil, contra o projeto das fundações estatais e da proposta de uma nova estrutura orgânica para a Administração, sob acusações de tentativa de *privatização* dos serviços públicos e de *desoneração* do Poder Executivo dos limites e controles constitucionais impostos à Administração Pública.

distantes), e que há alta rotatividade dos profissionais de saúde efetivamente contratados visto que esses acabam buscando melhores oportunidades de emprego em outros locais.

Essas, inclusive, têm sido as constatações do Tribunal de Contas da União, conforme Relatório de Auditoria realizado pela Secretaria de Controle Externo no Estado do Paraná, que resultou no Acórdão nº 352/2016 do Plenário do TCU:

“Um dos maiores problemas enfrentados na gestão dos sistemas municipais de saúde corresponde à falta de profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros, entre outros. Segundo Levantamento realizado pelo TCU em 2013 (TC 026.797/2013-5), 10% dos leitos hospitalares estavam indisponíveis, sendo que a principal causa apontada pelos gestores, em quase 50% dos casos, referia-se à falta de profissionais de saúde.

Em 2013, uma das questões que mais recebeu atenção no Brasil foi a contratação temporária de médicos estrangeiros pelo SUS. O Programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde foi instituído a partir do diagnóstico de que algumas regiões do país não contam com médicos suficientes para garantir atendimento adequado à população. Além disso, haveria uma grave desigualdade na sua distribuição, tanto entre as unidades da federação quanto dentro delas, com concentração de profissionais nas capitais.

(...)O SUS enfrenta diversos obstáculos para contratar médicos e outros profissionais de saúde. Além de muitos profissionais não desejarem se deslocar para localidades distantes dos grandes centros e com estrutura muitas vezes precária, os salários dos servidores públicos municipais estão limitados pelo subsídio do prefeito, que não é atrativo para profissionais de nível superior, principalmente aqueles de maior especialização. Muitos concursos públicos realizados terminam desertos ou há uma alta rotatividade porque os servidores selecionados em pouco tempo procuram outras oportunidades. A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101, de 4/5/2000) também impõe limites para gastos com pessoal, o que dificulta a ampliação dos quadros das secretarias de saúde, sendo que as despesas com pessoal na área de saúde consomem por volta de 80% do montante de seus recursos. (Relatório de Auditoria TCU-SECEX-PR - AC-352-5/16-P).

A carência de profissionais habilitados dentro das suas respectivas redes de saúde tem levado os gestores municipais de saúde a adotarem medidas alternativas, muitas delas sem respaldo legal suficiente para garantir o provimento dos serviços à sua população; dentre essas a contratação direta de profissionais de saúde; a terceirização de mão-de-obra. Outra alternativa muito utilizada é a celebração de contratos ou convênios com entidades civis com ou sem fins lucrativos, para provimento dos serviços, dentro do princípio da participação complementar da iniciativa privada no SUS.

Relativamente ao marco legal que rege as licitações e contratos no Poder Executivo, pode-se dizer que há consenso nacional acerca da necessidade de promover uma revisão na Lei nº 8.666, de 1993, visto que seus procedimentos e prazos que especifica são burocráticos e estão defasados em relação às múltiplas realidades da gestão pública nacional. Embora o pregão eletrônico, instituído em

2002 e, mais recentemente, o RDC - Regime Diferenciado de Compras⁸, tenham surgido como alternativas para dinamizar os processos licitatórios do setor público, persistem as dificuldades com a falta de agilidade e eficiência nos processos de compras de bens e serviços, especialmente em setores como o da saúde pública, em que a inadequada gestão de suprimentos pode contribuir para a vida ou morte do cidadão atendido.

Além disso, a complexidade dos procedimentos licitatórios representa um desafio para muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, ante a dificuldade de manter quadros qualificados e aptos a entender e manejar as regras impostas na Lei nº 8.666, de 1993.

Também o regime orçamentário e contábil dos órgãos da administração direta e das autarquias, regido pela Lei nº 4.320, de 1964 impõe várias restrições à gestão do recurso público como, por exemplo, a anualidade na aplicação dos recursos e a impossibilidade de consignar, no orçamento, dotações globais, destinadas a atender despesas de diversos tipos, o que dificulta a transposição de recursos de um projeto para outro.

Em resumo, o quadro de burocratismo excessivo e de ausência de autonomia e flexibilidade, indispensáveis à gestão eficiente das políticas públicas de saúde, tem conduzido induzido gestores públicos a adotarem soluções nem sempre ortodoxas, no afã de driblar os excessos do regime administrativo, orçamentário, contábil e financeiro e viabilizar a oferta de serviços de saúde à população.

A terceirização excessiva e indiscriminada de atividades e serviços junto ao setor privado é uma delas – prática que vem sendo arguida pelo Tribunal de Contas da União, com base nos seus achados de auditorias realizados em secretarias estaduais e municipais de saúde de todo o País. Cite-se, a título de exemplo, os achados constantes do TC 017.783/2014-3⁹, que dentre outras irregularidades, identificou convênios, termos de parceria e contratos de gestão que terceirizaram funções não passíveis de serem terceirizadas, tais como (a) implantação do plano municipal de saúde; (b) recuperação e conservação da área física; (c) organização

⁸ O RDC foi instituído pela Lei nº 12.462, de 2011, como nova modalidade de licitação. Ele estabelece novas alternativas para as contratações públicas necessárias à realização dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos de 2016; da Copa das Confederações da Federação Internacional de Futebol e da Copa do Mundo Fifa 2014. Esse regime foi estendido às obras de infraestrutura e contratação de serviços para aeroportos; ações do Programa de Aceleração do Crescimento e obras e serviços de engenharia no âmbito do SUS.

⁹ O TC 017.783/2014-3 de 2014, do Tribunal de Contas da União trata-se de Relatório de Auditoria que consolida Fiscalização de Orientação Centralizada – FOC, realizada na forma de auditoria de conformidade, que teve como objetivo avaliar a regularidade dos ajustes firmados pelos governos municipais com entidades privadas para a prestação de serviços de saúde, em municípios selecionados em seis estados do país: BA: Barra do Choça, Candeias, Ibirapitanga, Jeremoabo; MA: Imperatriz; PR: Bela Vista do Paraíso; RJ: Itaboraí; RS: Candelária, Porto Alegre e Vacaria; e SC: Balneário Camboriú.

gerencial e funcionamento da farmácia, almoxarifado, da área de recursos humanos e do laboratório; (d) aquisição e localização de equipamentos; (e) manutenção geral das unidades de atendimentos; equipamentos e máquinas e veículos; (f) hierarquização e organização do fluxo e contrafluxo do atendimento; (g) contratação de serviços de terceiros; (h) aprimoramento do serviço de faturamento; (i) implantação de processo de acolhimento com avaliação e classificação de riscos; (j) implantação da política nacional de humanização.

Ainda que a curto prazo, a estratégia de fuga do regime administrativo por meio da contratação com o setor privado possa gerar resultados positivos, por viabilizar a realização da atividade ou serviço; seus efeitos a médio e a longo prazo são eminentemente negativos, desorganizadores e desorientadores. Desviam o investimento do fortalecimento, da ampliação e da consolidação da rede pública de saúde; afetam a sua capacidade operativa e a sua legitimidade perante a população; e, adicionalmente, põem em suspeição o uso dos modelos de parceria entre o Poder Público e o setor privado não lucrativo, contribuindo para demonizar as intenções e as práticas de um e de outro lado.

4. Conclusão

O Sistema Único de Saúde público, universal e provedor da atenção integral à saúde aos cidadãos, com equidade, é uma conquista da Sociedade Brasileira, consignada na Carta Maior do País. Sua consolidação, entretanto, depende do interesse, da vontade social de torna-lo, de fato, uma realidade; uma vez que não há como efetivar a Constituição se não pela sua defesa cotidiana, concreta e articulada. A revisão das formas jurídico-institucionais de atuação da rede pública de saúde para sua adequação aos desafios impostos pela Constituição é uma medida imperativa e urgente para efetivação do Sistema.

Impor às atividades executivas da rede pública de saúde o mesmo regime jurídico-administrativo e os mesmos controles que recaem sobre as atividades típicas e privativas da burocracia pública é uma forma velada de inviabilizar o SUS e promover a ação privada, fomentando, por um lado, a lógica que o privado é mais eficiente do que o público e, por outro, o preconceito contra a participação privada dentro do Sistema, já reconhecida como importante na própria Constituição Federal.