



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARECER Nº 730 /2012/VAR/CODELEGIS/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU

PROCESSO/SIPAR Nº 25000.083045/2012-84 e 25000.086799/2012-96

INTERESSADO: SGEP/MS

ASSUNTO: Resolução e Portaria que versam sobre as regras de transição entre o Pacto pela Saúde e o COAP.

Referente ao SISCON 1.4 e 1.2

Senhor Coordenador-Geral de Acompanhamento Jurídico,

1, Em obediência ao contido no artigo 11, incisos I e V, da Lei Complementar nº. 73, de 10 de fevereiro de 1993 (Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União), encontram-se nesta Consultoria Jurídica os autos do processo em epígrafe, referente a minuta de Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que versa sobre as regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Ademais, o processo contém Portaria do Ministro de Estado da Saúde que pretende revogar diversos dispositivos vigentes, especialmente para a extinção do processo de adesão ao Pacto pela Saúde.

2. Inicialmente, cabe destacar o que dispõe a Lei Complementar nº. 73, de 1993, que instituiu a Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União, naquilo que trata da competência das Consultorias Jurídicas dos Ministérios:

Art. 11 - Às Consultorias Jurídicas, órgãos administrativamente subordinados aos Ministros de Estado, ao Secretário-Geral e aos demais titulares de Secretarias da Presidência da República e ao Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, compete, especialmente:

I - assessorar as autoridades indicadas no **caput** deste artigo;

(...)

V - assistir a autoridade assessorada no controle interno da legalidade administrativa dos atos a serem por ela praticados ou já efetivados, e daqueles oriundos de órgão ou entidade sob sua coordenação jurídica; (grifo nosso).

3. O processo de nº 25000.083045/2012-84 inicia-se com o Memorando nº 310/2012/SGEP/MS, por meio do qual são encaminhadas as primeiras minutas. Após, abre-se outro processo, 25000.086799/2012-96, por intermédio do Memorando nº 52/DAI/SGEP/MS, para encaminhamento de novas minutas para análise, em substituição às anteriores.

É o relatório. Segue o parecer.

FUNDAMENTAÇÃO

4. Cuida-se o presente Processo, como visto e relatado, de minuta de Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que versa sobre as regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Ademais, o processo contém Portaria do Ministro de Estado da Saúde que pretende revogar diversos dispositivos vigentes, especialmente para a extinção do processo de adesão ao Pacto pela Saúde.

a) dos aspectos materiais

5. É sabido que o Decreto n. 7.508/2011 inaugurou uma nova sistemática no Sistema Único de Saúde, ao prever o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde como o instrumento federativo que vai reger as responsabilidades sanitárias, com esteio na descentralização e na regionalização da saúde, ambas já amplamente prevista na Constituição Federal e na legislação de regência do SUS. Cabe-nos, pois, iniciar o presente parecer com fundamentação de sustentação ao COAP, definindo-se a sua natureza e a compatibilidade de sua previsão com toda a legislação superior ao Decreto 7.508/2011.

6. O art. 36, da Lei n. 8.080/90 dispõe que “o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”. Tem-se, pois, que, sem prejuízo da regionalização do planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde, a sua organização é hierarquizada, cabendo à União, nos termos do art. 16, da Lei n. 8.080, dirigir o SUS nacionalmente, permitindo-lhe impor as diretrizes nacionais, de forma a manter a unicidade do sistema.

7. Assim, com base nessa competência trazida pelo art. 16, da Lei n. 8.080 e com fulcro no art. 84, IV, da Constituição Federal, objetivando dar concretude à programação regional prevista na Lei 8.142, foi publicado o Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, no que diz respeito ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à conformação interfederativa. Nesse ponto, é importante ressaltar que, como a Lei n. 8.080 é norma geral do Sistema Único de Saúde, de caráter nacional, obrigando indistintamente todos os entes federativos, o Decreto que a regulamenta, como corolário lógico, também terá caráter nacional, sendo de observância obrigatória para União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

8. Assim é o Decreto n. 7.508/11. Norma editada com base na competência que a própria Lei 8.080 conferiu à União para dirigir nacionalmente o SUS.

9. Dentre os instrumentos previstos pelo Decreto n. 7.508/11 para regionalização do planejamento e orçamento do SUS, encontra-se o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, o COAP, definido em seu art. 2º, II, como o “acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde”.

10. Apesar da nomenclatura conferida ao instituto, sua natureza jurídica não é contratual, já que, no contrato, os interesses das partes são divergentes e tem por escopo adquirir, modificar ou extinguir relações jurídicas de natureza patrimonial. No COAP não há interesses divergentes, mas, ao revés, os interesses são nitidamente convergentes, com objetivos recíprocos e cooperação mútua.

11. No mesmo sentido, o COAP também não se confunde com o convênio, na medida em que este possui objeto amplo, com aplicação em todas as áreas de atuação governamental, podendo abranger qualquer projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco. Já o COAP tem objeto restrito, voltado unicamente para organização federativa no âmbito da saúde.

12. Percebe-se, portanto, que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é instrumento jurídico *sui generis*, que tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários (art. 36, Decreto 7.508/2011).

13. Como visto acima, como decorrência do caráter nacional da Lei 8.080, o Decreto n. 7.508/11 aplica-se a todos os entes federativos, obrigando-os à observância dos seus dispositivos. Nesse ponto, é importante frisar que não há, com a edição do Decreto e, em específico, com a criação do COAP, inovação legislativa ou interferência na autonomia dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Da observância do princípio da legalidade

14. Não há que se falar que tenha havido, com o Decreto 7.508/11 e com a criação do COAP, inovação no ordenamento jurídico, a ferir o princípio da legalidade. Não houve, por parte do Decreto, extrapolação do poder regulamentar conferido à União, senão vejamos.

15. O poder normativo delegado à União (Ministério da Saúde) pela Lei 8.080 em seu art. 16, tem singularidade ímpar, uma vez que, além da clássica função de complementação da lei, possui certa margem de discricionariedade técnica, podendo ir além da mera regulamentação legal. Isso porque, na qualidade de ente responsável pela direção nacional do SUS, a União, por intermédio do Ministério da Saúde, não se limita a ser uma mera executora da Lei. Ao revés, exerce a União um papel preponderantemente de coordenação, permitindo-lhe impor as diretrizes nacionais, de forma a manter a unicidade do sistema.

16. Esse papel da União está evidenciado em vários incisos do art. 16 da Lei n. 8.080/90, quais sejam:

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

(...)

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

(...)

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

(...)

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

(...)

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;(...)

17. Como se nota, para que a União exerça seu papel de direção nacional do SUS, ocorreu, com a Lei 8.080, verdadeira delegação normativa, transferindo a competência para normatização técnica do Sistema Único de Saúde para a seara dos atos administrativos infralegais. Nesse ponto, importante

trazer à baila lição do jurista espanhol Eduardo Garcia de Enterría, citado por Leonardo Vizeu Figueiredo¹:

“Sobre o tema, o Mestre Eduardo Garcia de Enterría, em sua obra *Legislación Delegada, Potestad Reglamentaria y Control Judicial*, 3ª ed., Madrid, Civitas, conceitua a deslegalização ou delegificação como a operação efetuada por uma lei que, sem entrar na regulação material do tema, até então regulado por uma lei anterior, abre tal tema à disponibilidade do poder regulamentar da administração. Mediante o princípio do *contrarius actus*, quando uma matéria está regulada por determinada lei se produz o que chamamos de congelamento de grau hierárquico normativo que regula a matéria, de modo que apenas por outra lei contrária poderá ser inovada dita regulação. Uma lei de deslegalização opera como *contrarius actus* da anterior lei de regulação material, porém, não para inovar diretamente esta regulação, mas para degradar formalmente o grau hierárquico da mesma de modo que, a partir de então, possa vir a ser regulada por simples regulamentos. Deste modo, simples regulamentos poderão inovar e, portanto, revogar leis formais anteriores, operação que, obviamente, não seria possível se não existisse previamente a lei degradadora (nossa livre tradução).”

18. Ainda no mesmo tema, cabe citar lição de José dos Santos Carvalho Filho²:

“Modernamente, contudo, em virtude da crescente complexidade das atividades técnicas da administração, passou a aceitar-se nos sistemas normativos, originalmente na França, o fenômeno da deslegalização, pelo qual a competência para regulamentar certas matérias se transfere da lei (ou ato análogo) para outras fontes normativas por autorização do próprio legislador: a normatização sai do domínio da lei (*domaine de la loi*) para o domínio do ato regulamentar (*domaine de l’ordonnance*). O fundamento não é difícil de conceber: incapaz de criar regulamentação sobre algumas matérias de alta complexidade técnica, o próprio Legislativo delega ao órgão ou à pessoa administrativa a função específica de instituí-la, valendo-se dos especialistas e técnicos que melhor podem dispor sobre tais assuntos.”

19. De fato, é forçoso reconhecer que o conhecimento técnico para a regulamentação detalhada do Sistema Único de Saúde é atribuição de especialistas e técnicos, não havendo como exigir do legislador infraconstitucional tamanha expertise. Ressalta-se, todavia, que a obrigação de cada ente já se encontra genericamente prevista na Lei 8.080/90, competindo à União fixar os parâmetros necessários para sua aplicação específica, não havendo, portanto, que se falar em inovação no mundo jurídico por ato administrativo, uma vez que este retira seu fundamento de validade da própria Lei, dentro dos limites por ela fixados.

20. Ademais, cumpre frisar que, embora a obrigação já se encontre prevista em Lei, sua eficácia encontra-se, total ou parcialmente, condicionada à edição de ato normativo regulador, o qual irá

¹ FIGUEIREDO, LEONARDO VIZEU. *Lições de Direito Econômico*, 2ª ed., Rio de Janeiro, Forense, 2009, p. 168.

² FILHO, JOSÉ DOS SANTOS CARVALHO. *Manual de Direito Administrativo*. 9ª ed., Rio de Janeiro, Lumen Juris, p. 39.

dotar a obrigação legal de aplicabilidade prática, tornando-a apta a produzir seus regulares efeitos jurídicos de forma positiva.

21. Nessa linha, os dispositivos do Decreto n. 7.508/2011, em especial o COAP, que, por critérios técnicos, normatizam obrigações previstas genericamente na Lei 8.080/90, não representam, em absoluto, violação ao princípio da legalidade, na medida em que a União nada mais fez do que cumprir sua missão institucional, nos estritos limites de suas atribuições legais.

Da preservação da autonomia dos entes

22. Além da observância ao princípio da legalidade, já confirmada em linhas anteriores, a edição do Decreto n. 7.508/2011, e, mais especificamente, a criação do COAP, não interferiu na autonomia dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme se passa a delinear.

23. O art. 15 do Decreto n. 7.508/2011 dispõe que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, privilegiando-se, assim, a regionalização e participação de todos os entes federativos. Nesses termos, caberá às Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regional pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços, conforme dispõe o art. 30 do mesmo Decreto:

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

24. No mesmo sentido, a própria definição do COAP, constante do inciso II do art. 2º do Decreto, já o prevê como um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada. Outrossim, a Seção II do Capítulo V do Decreto traz essa mesma definição, acrescida do fato de que o COAP resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas na CIT. Tem-se ainda que o art. 4º do Decreto prevê que as Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas, como sempre, as diretrizes pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. Lembre-se, por oportuno, que o COAP será construído exatamente em cada Região de Saúde Constituída.

25. Fica plenamente confirmada, pois, a manutenção da plena autonomia dos entes, caracterizando-se o COAP como um mero instrumento interfederativo instituído pelo Decreto n. 7.508/2011, com esteio na legislação que lhe é superior, para a organização do SUS. Revela-se, pois, a natureza obrigatória desse instrumento, que observará, em sua inteireza, a expressão da autonomia dos entes.

Do caráter obrigatório do COAP

26. Como visto, cabe aos entes federativos, através das Comissões Tripartite, Bipartite e Regional pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, no âmbito de cada Região de Saúde definida. Assim, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, COAP, apresenta-se como instrumento jurídico formalizador de toda essa pactuação, de acordo com o parágrafo único do art. 34, do Decreto n. 7.508/2011, que dispõe que o COAP resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

27. Nesse ponto, importa frisar que a cogência, a obrigatoriedade do COAP não encontra guarida somente no Decreto n. 7.508/2011 – que como visto, é norma de caráter nacional – mas também na Lei Complementar n. 141, de 2012. Com efeito, dentre as disposições essenciais que devem estar contidas no COAP, conforme art. 36 do já tantas vezes referido Decreto n. 7.508, merece destaque o inciso IX, que dispõe sobre os recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução. Nessa linha, cabe o seguinte questionamento: no que se refere à União, o inciso IX está se referido a qual tipo de repasse?

28. Em linhas gerais, são três os repasses que a União realiza aos demais entes federados: as transferências obrigatórias referentes à repartição de receitas tributárias (art. 198, §2º, c/c arts. 157, 158 e 159 da Constituição Federal); as transferências também obrigatórias relativas ao rateio de recursos que a União deve aplicar anualmente em saúde (art. 198, §3º, II, da Constituição Federal c/c art. 17 da LC 141); e, por fim, as transferências voluntárias operacionalizadas por meio de convênios.

29. De início, já se excluem as transferências voluntárias provenientes de convênios, já que seu objetivo é viabilizar a realização ocasional e limitada no tempo de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco. Igualmente, devem-se também excluir as transferências obrigatórias decorrentes da repartição de receitas tributárias, já que são diretamente repassadas aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios pela própria Secretaria do Tesouro Nacional, sem qualquer participação do Ministério da Saúde. Sobram, portanto, os repasses relativos ao rateio de recursos que a União deve aplicar anualmente em saúde (art. 198, §3º, II, da Constituição Federal c/c art. 17 da LC 141).

30. Sendo assim, deve o COAP prever, nos termos do art. 36, IX, do Decreto n. 7.508/2011, o repasse desses recursos aos demais entes federativos para execução das responsabilidades firmadas no próprio instrumento. Portanto, resta nítido que o COAP, ao organizar e integrar as ações e serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, apresenta-se como instrumento apto a estabelecer de forma transparente e eficiente a forma como a União realizará o rateio

de parte dos recursos que deve aplicar anualmente em saúde, segundo os critérios previstos no art. 17 da Lei Complementar 141.

31. Por conta disso, a Lei Complementar 141, em mais de uma passagem, faz nítida referência ao COAP, determinando, inclusive, a sua observância obrigatória, vejamos:

Art. 17.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

32. Deve-se ressaltar que a menção feita pelo dispositivo ao Termo de Compromisso de Gestão deve ser entendida, na verdade, como referência expressa ao COAP. Isso porque, conforme será analisado abaixo, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, por ser mais abrangente, acaba por abarcar e incorporar o Termo de Compromisso de Gestão, nos termos do art. 25, da Resolução nº 3 da CIT, de 30 de janeiro de 2012:

Art. 25. Os conteúdos do Termo de Compromisso de Gestão e o Termo de Limite Financeiro Global serão incorporados pelo COAP, no que couber.

33. Com relação à obrigatoriedade do COAP, assim dispõe o art. 27, da Lei Complementar 141:

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

34. Nota-se que a obrigatoriedade do COAP resta evidenciada neste art. 27, na medida em que se estabelece uma vinculação dos recursos previstos no inciso II, do §3º, do art. 198, da Constituição Federal, aos serviços e ações de saúde previamente pactuados.

35. Assim, pode-se dizer que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, que antes possuía base legal (Lei 8.080) e infralegal (Decreto 7.508/2011), teve sua legalidade e cogência reforçadas com a Lei Complementar 141.

Diferença entre o Termo de Compromisso de Gestão e o COAP

36. No ano de 2006, um esforço conjunto das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) na busca por um novo modelo de organização e funcionamento do SUS deu ensejo ao Pacto pela Saúde, consubstanciado na Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Com isso, restava superado o sistema de gestão consubstanciado nas Normas Operacionais, em específico, aqueles previstos na NOB nº 01/96 e nas NOAS de 2001 e de 2002.

37. O Pacto pela Saúde contemplou três grandes áreas: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

38. O Pacto pela Vida teve como escopo central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas, como, por exemplo, o fortalecimento da atenção básica, a redução da mortalidade infantil e o controle do câncer do colo de útero e da mama. “A instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios. De outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários”³.

39. O Pacto pela Defesa do SUS teve como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais, envolvendo “ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, mas do que política de governos; e defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública”⁴.

40. Por fim, o Pacto de Gestão criou um ambiente propício ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS, ao estabelecer as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes, visando ao fortalecimento da gestão compartilhada ⁵. Suas diretrizes dizem respeito à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde.

41. A Portaria nº 699/GM, ao regulamentar o Pacto pela Vida e o Pacto pela Gestão, teve como objetivo definir as diretrizes operacionais e os desdobramentos para o processo de gestão do SUS,

³ CONASS PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS 2011. LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS 13, pag. 27.

⁴ CONASS PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS 2011. LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS 13, pag. 27.

⁵ CONASS PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS 2011. LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS 13, pag. 28.

definindo como seria a transição e o monitoramento dos Pactos, dando unidade aos processos de pactuação de indicadores e metas, conforme se depreende de seu art. 1º:

Art. 1º Regular a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

42. A principal definição dessa Portaria foi o Termo de Compromisso de Gestão, que representou o instrumento jurídico através do qual os gestores fariam adesão ao Pacto, de acordo com o que dispõe o seu art. 2º:

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

43. O Termo de Compromisso de Gestão formaliza, portanto, o Pacto pela Saúde nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e as responsabilidades sanitárias dos gestores públicos e os indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos. Ressalta-se que, nos termos do art. 2º, §5º, da Portaria n. 699, o Termo de Compromisso de Gestão deveria conter, como anexo, o Termo do Limite Financeiro Global, documento em que seria explicitada, pelos Municípios, Distrito Federal e Estados, a totalidade de recursos a serem investidos em cada bloco de financiamento 6. No Termo de Limite Global de Financiamento, de acordo com disposto no art. 5º da mesma Portaria, deveriam constar os recursos a serem repassados pelo Ministério da Saúde, bem como os recursos do Estado e os recursos que o Município iria investir.

44. Percebe-se facilmente que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, o COAP, substitui na íntegra o Termo de Compromisso de Gestão e, por consequência, o Termo de Limite de Financeiro Global, já que guardam a mesma finalidade. Assim, tem-se que a assinatura de um instrumento jurídico interfederativo não é medida nova, mas, ao revés, somente elevou sua estatura, por estar, agora, prevista em Decreto de caráter nacional, e não mais em Portaria ministerial.

45. Exatamente por isso é que o art. 25, da Resolução CIT nº 3/2012 determinou a incorporação do Termo de Compromisso de Gestão ao COAP. Isso porque, além de definir as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados e forma de controle e fiscalização da sua execução, o COAP apresenta-se como um novo modelo de relação interfederativa, que possibilita uma maior organização e, principalmente, uma maior integração das ações e serviços de saúde da rede regionalizada.

⁶ Os blocos de financiamento foram regulamentados pela Portaria n. 204, de 29 de janeiro de 2007.

46. Dessa forma, por ter o COAP maior abrangência e por trazer um modelo diferente de gestão do Sistema Único de Saúde, o Termo de Compromisso de Gestão, como consequência jurídica natural, deixa de ter aplicabilidade a partir do momento da celebração do COAP. Ratifica-se, pois, que, quando a Lei Complementar 141 faz menção ao “Termo de Compromisso de Gestão” (art. 17, §3º) e ao “pactuado” (art. 27, caput) está se referindo a gênero de instrumento federativo, que, doravante, será o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP.

47. Nada obstante, percebe-se que o Decreto nº 7.508/2011 e a Resolução nº 3/2012 não preveem uma regra de transição entre o Termo de Compromisso de Gestão e o COAP, limitando-se a Resolução nº 3/2012 a afirmar que os conteúdos do Termo de Compromisso de Gestão e o Termo de Limite Financeiro Global serão incorporados pelo COAP, no que couber. Fica claro, portanto, que a matéria deverá ser regulamentada, como forma de suprimir essa lacuna e de revogar os instrumentos normativos anteriores incompatíveis com a nova sistemática.

Da Resolução CIT que prevê as regras de transição entre o Termo de Compromisso de Gestão e o COAP

48. Em arremate a tudo o que foi expandido em linhas anteriores, a Resolução CIT ora pretendida vem exatamente regulamentar o período de transição entre o momento atual e a assinatura do COAP por cada ente da Federação. E cumpre assinalar que o texto foi fechado em conjunto entre esta Consultoria Jurídica e a SGEP/MS.

49. A competência da CIT para a edição da referida Resolução é encontrada nos artigos 13-A, parágrafo único, I, da Lei n. 8.080/90 e no art. 32, parágrafo único, III, do Decreto n. 7508/90. Trata-se, aqui, de competência normativa para fixar diretrizes nacionais de financiamento e, ainda, diretrizes sobre o respeito à governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados. Essa competência vai ao encontro do entendimento desta Consultoria Jurídica acerca do tema, cumprindo lembrar que a competência normativa é estrita e taxativamente prevista na legislação de regência.

50. Considerando-se a versão original, foram retirados os parágrafos do art. 1º. O § 1º foi retirado porque a publicação já terá sido realizada quando da edição da presente Resolução. Já os §§ 2º e 3º foram retirados porque a nova redação conferida ao *caput* já engloba o seu conteúdo.

51. Também foi retirado o art. 3º, que referia-se ao Termo de Ajuste Sanitário (TAS), afastando a adesão formal ao Pacto como condição para sua assinatura. Ocorre que o TAS não mais será firmado no âmbito do Ministério da Saúde, em razão do art. 27 da Lei Complementar n. 141, que não previu a recomposição ao Fundo de Saúde do ente beneficiário em todos os casos. Desse modo, afigura-se inadequada qualquer previsão relativa ao TAS na Resolução ora em apreço.

52. O parágrafo único do art. 7º foi retirado por ser desnecessário e inadequado, de modo que a sua exclusão não traz qualquer prejuízo ao conteúdo da Resolução.

53. Ante todo o exposto, fica confirmada a legalidade e a legitimidade da Resolução CIT pretendida, especialmente em seu corpo principal, construído em conjunto entre a SGEP/MS e a Consultoria Jurídica.

54. Os anexos da Resolução foram construídos apenas pela SGEP/MS, sem a intervenção desta Consultoria Jurídica. Nada obstante, a leitura de seus termos revela que as diretrizes pactuadas estão em consonância com a legislação de regência, observando as competências atinentes a cada um dos entes da Federação no processo de construção de uma nova governança sistêmica do SUS, com efetivo destaque para o foco regional.

55. Já com relação à Portaria ministerial, percebe-se que seu objeto é a revogação das normas do Ministério da Saúde que vinculam o repasse de recursos à exigência de adesão ao Pacto pela Saúde. Pretende-se, ainda, revogar as normas atinentes aos procedimentos do Pacto pela Saúde, bem como as Normas Operacionais Básicas, de modo a se finalizar por completo esse processo no âmbito do SUS. Tal pretensão está contemplada no art. 1º da minuta apresentada, cumprindo registrar que foi incluída a revogação de alguns dispositivos da Portaria nº 399/GM/MS, também atingida pela reformulação ora levada a cabo.

56. Insta salientar que o art. 2º da Portaria original se mostra equivocado, na medida em que restringe a revogação da exigência de adesão ao Pacto a apenas algumas hipóteses de repasse de recurso. E, há, ainda, um equívoco mais claro, especificamente na Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, cujo art. 10 já prevê a desnecessidade da assinatura de termo de compromisso de gestão, não havendo, pois, que ser revogado.

57. Portanto, o procedimento adequado é a previsão genérica de revogação de toda e qualquer previsão de condicionamento de repasses do Ministério da Saúde à assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e/ou à adesão ao Pacto pela Saúde. Essa finalidade está contemplada no art. 2º da minuta apresentada.

58. Por fim, foi acrescentada nos considerandos a Resolução aprovada pela CIT, porque é ela que passará a reger as responsabilidades sanitárias dos entes da Federação. Então, neste ponto cumpre salientar que a Portaria do Ministro deve necessariamente fazer referência ao número da resolução CIT, sob pena de deixar uma lacuna aparente na regulamentação da divisão das responsabilidades sanitárias.

59. Nesses termos, parece-nos que a Portaria pretendida também observa os parâmetros de legalidade e legitimidade.

b) dos aspectos formais

60. No tocante aos aspectos formais, já se esclareceu que a Resolução CIT foi produzida em conjunto pela SGEP/MS e pela CONJUR, ao tempo em que se apresenta, em anexo, versão adequada para

a Portaria do Ministro de Estado da Saúde. Portanto, restam observadas as regras de técnica legislativa, nada havendo a consignar neste particular.

CONCLUSÃO

61. Ante o exposto, conclui-se que as normas pretendidas, Resolução CIT e subsequente Portaria interministerial, encontram devido fundamento constitucional e legal para sua edição, mostrando-se aptas a serem submetidas à consideração do Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde, nos termos das propostas que seguem anexas ao presente parecer.

62. Propõe-se, pois, o encaminhamento dos processos à Divisão de Atos e Publicação Oficiais (DAPO/GM/MS), para as providências subsequentes.

À consideração superior, s. m. j.

Brasília, 06 de julho de 2012.

VANESSA AFFONSO ROCHA

Advogada da União
Coordenadora de Legislação e Normas
CODELEGIS/COGEJUR/CONJUR/MS



ADVOGACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESPACHO Nº 4792 /2012/FB/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU

PROCESSO/SIPAR Nº 25000.083045/2012-84

INTERESSADO: André Luís Bonifácio de Carvalho – Secretário, Substituto, de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).

ASSUNTO: Análise das minutas de Resolução que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e de Portaria que dispõe sobre a finalização do processo de adesão ao Pacto pela Saúde no âmbito do SUS.

Referente ao SISCOB nº 1.2, nº 1.2, nº 1.4, nº 3.7 e nº 3.3

Senhor Consultor Jurídico do Ministério da Saúde,

Estou de acordo integralmente com a manifestação retro, especialmente quanto às considerações a respeito da nova configuração da relação tripartite entre os entes federativos e a obrigatoriedade do COAP para sua operacionalização, além da necessidade de que sejam feitas, antes da subscrição dos atos pelo Exmo. Sr. Ministro de Estado da Saúde, alterações de índole formal nos textos da Resolução e da Portaria para sua adequação à devida técnica de redação oficial, nos termos do Decreto nº 4.176, de 2002, e de índole material quanto ao seu conteúdo, motivo porque este consultivo apresentou anexa à manifestação retro minutas de Resolução e Portaria com alteração nos textos dos atos propostos, sendo que a SGEP/MS decidiu, conforme e-mail anexo, acolher as versões apresentadas, encontrando-se, portanto, aptas a serem assinadas por Sua Excelência, sem necessidade de retorno dos autos a esta CONJUR/MS. A versão eletrônica pode ser obtida pelo e-mail fabricao@saude.gov.br ou vanessa.rocha@saude.gov.br.

À consideração superior, s. m. j.

FABRÍCIO OLIVEIRA BRAGA

Coordenador-Geral de Acompanhamento Jurídico – COGEJUR/CONJUR/MS

De acordo. Encaminhem-se os autos ao Gabinete Ministro (GM) para as providências subsequentes.

Brasília-DF, 18 de julho de 2012.

JEAN KEIJI UEMA

Consultor Jurídico do Ministério da Saúde