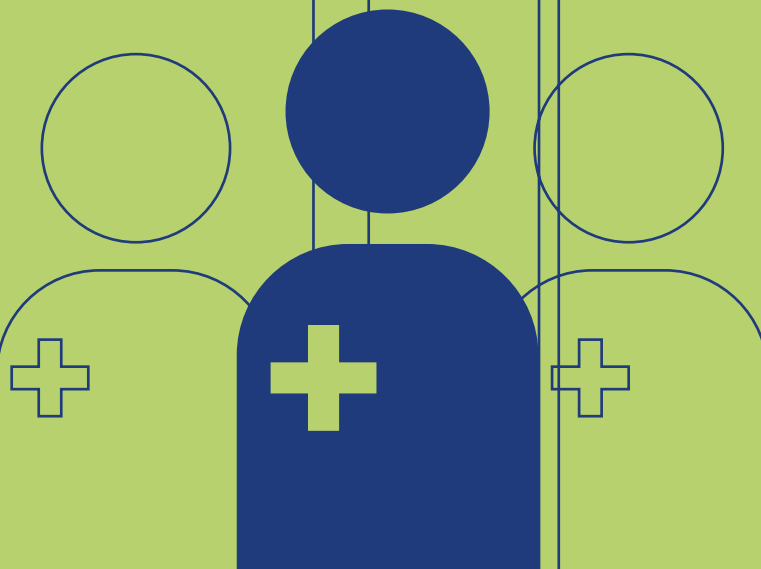


Cartilha de

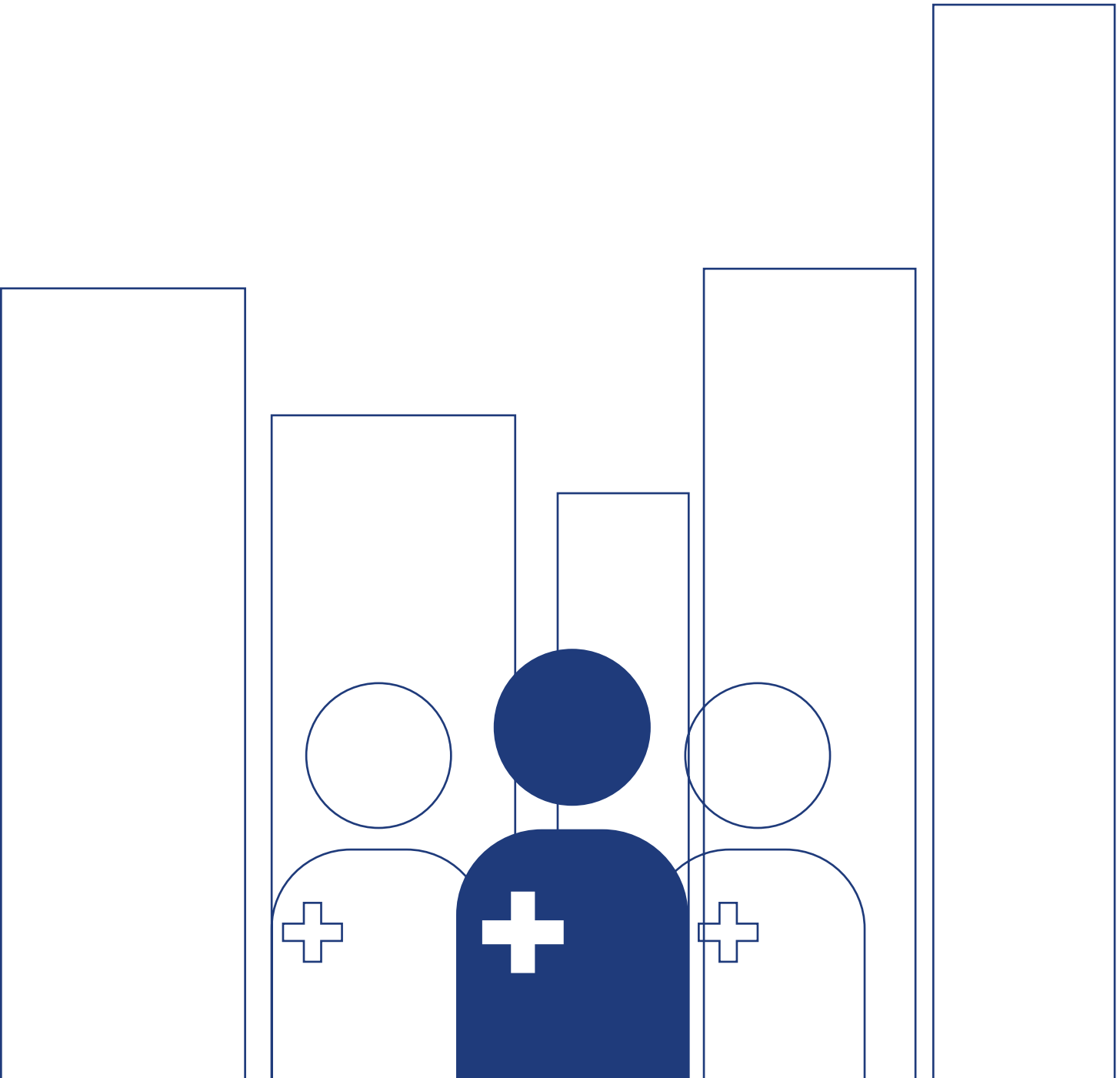
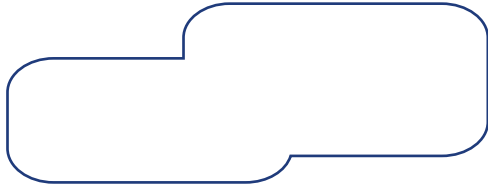
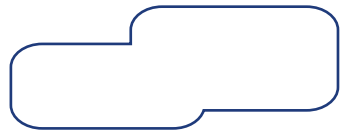
Gestão de

SAÚDE PÚBLICA



Comunitas

juntos
pelo Desenvolvimento Sustentável



DIRETORA-PRESIDENTE

Regina Célia Esteves de Siqueira

COORDENAÇÃO GERAL

Patrícia Loyola

Clarissa Malinverni

Álvaro Barros Modesto

CONTEÚDO E PESQUISA

Alvaro Gabriel Sandoval Rodriguez

Álvaro Barros Modesto

Dayane Reis

Ligia Perissinoto Martins

Maria Gabriela Beloto

Roberta Piozzi

Bianca dos Santos Waks (Mattos Filho)

Januário Montone

EDIÇÃO

Álvaro Barros Modesto

Dayane Reis

Graciana Feitosa

COLABORAÇÃO

Anna Maria Peliano (BISC)

Fábio Deboni (Instituto Sabin)

Gonzalo Vecina Neto (FSP-USP)

REDAÇÃO

Álvaro Barros Modesto

Januário Montone

Adauto Marconsin (KMW Consultores)

Mario Marcio Saadi Lima (Mattos Filho)

Juliana Deguirmendjian (Mattos Filho)

Felipe Miranda Ferrari Pico (Mattos Filho)

Higor Borges Lima (Mattos Filho)

Nicole De Barros Moreira Reis (Mattos Filho)

Bruno Barroso (Nexo Investimento Social)

Thiago Alvim (Nexo Investimento Social)

REVISÃO

Graciana Feitosa

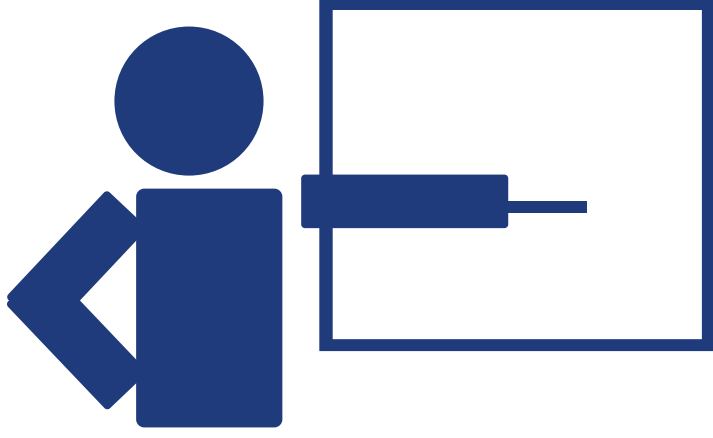
PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Val Reis e Anderson Barboza (Eros Interativa)



Comunitas

juntos
pelo Desenvolvimento Sustentável



APRESENTAÇÃO



Cartilha de Gestão de Saúde Pública

A Saúde é uma das principais preocupações da população brasileira e também um dos maiores desafios dos governantes, sejam eles de cidades grandes ou pequenas. O direito à vida é garantido em nossa Constituição Federal de 1988. O sistema de saúde pública brasileiro tem a pretensão de atender a todos os cidadãos e cidadãs brasileiras, sem distinção, porém existem grandes desafios para a manutenção de serviços com qualidade e eficiência. Boas iniciativas e investimento direcionado são as melhores formas de melhorar a saúde pública.

Com o objetivo de aperfeiçoar os processos da gestão e a qualidade do serviço municipal de saúde, o programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável desenvolveu diversas frentes de trabalho, tais como a premiada Rede Bem Cuidar de Pelotas e a plataforma e-Você, que se tornou um grande instrumento de participação da sociedade nas cidades em que foi implementada. O programa Juntos aposta na união entre sociedade civil, iniciativa privada e setor público para

aprimorar a gestão e os serviços públicos oferecidos aos brasileiros.

Gostaríamos de agradecer todo o apoio técnico e conceitual da nossa rede que nos apoiou para o desenvolvimento desta publicação, com destaque para o especialista em saúde Januário Montone e o escritório de advocacia Mattos Filho, que enriqueceram todo o processo de cocriação.

Além deste material, a Comunitas também conta com uma série de Cartilhas de Replicabilidade que descrevem as experiências de diversas frentes que promoveram a melhoria de processos e as finanças das 12 cidades que compõem a rede do Juntos. O objetivo é que essas publicações engajem outras cidades a replicarem as boas práticas sem a participação direta da Comunitas ou de nossos parceiros técnicos. Nosso propósito é contribuir cada vez mais para o desenvolvimento sustentável do Brasil.

A Cartilha de Gestão de Saúde Pública apresenta boas práticas realizadas no Programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável em Campinas (SP), Paraty (RJ), Pelotas (RS) e Juiz de Fora (MG), descreve o panorama geral da área, além de propor soluções inovadoras para a administração pública municipal.



Regina Célia Esteves de Siqueira
Diretora-Presidente da Comunitas



Gestão em Saúde

É interessante pensar que a humanidade caminha sobre a Terra porque existiu mudança. Essa é a maneira mais simples de descrever a maravilha da evolução humana.

Mas é doloroso pensar que, como fruto dessa evolução, ganhamos autonomia que dialeticamente nos permite decidir por não mudar ou mudar de maneira equivocada.

As transformações que a humanidade gerou no mundo tem profundas consequências para a vida na terra e na sociedade. Se a humanidade não for capaz de mudar ou fizer equivocadamente, desaparecerá.

Na área da saúde, muitas dessas transformações são evidentes, pois a saúde é o nervo exposto da evolução humana. O violento processo de urbanização do último século trouxe problemas complexos para a vida – questões como saneamento, cuidado com os resíduos produzidos pelo modo de vida, uso de substâncias tóxicas etc. Isso, conseqüentemente, permitiu que as pessoas tivessem uma melhor qualidade de vida e acesso à segurança, alimentação, água, melhores condições de vida e bem



Gonzalo Vecina Neto
professor assistente da FSP/USP

estar social, o que resultou em mais e melhor vida!

As transformações demográficas e epidemiológicas

(a forma de adoecer e morrer) foram absolutamente dramáticas nos últimos 70 anos. A expectativa de vida nos países desenvolvidos saltou de 40 anos no século 19 para quase 80 neste século. E outros países, mesmo com menor grau de desenvolvimento social e de civilização, como o Brasil, trilham o mesmo caminho.

Mas o desafio de mudar para continuar evoluindo está intocado, não foi enfrentado.

O programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável propõe uma forma de enfrentar estes desafios e mudar para enfrentar as mudanças. No campo da saúde são duas transformações críticas: uma nova forma de abordar as doenças, o processo de adoecer e morrer, e uma nova forma de gestão dos recursos disponibilizados para a sociedade. Aliás, gestão é um problema recorrente em outros setores da administração pública. Na Saúde torna-se mais crítico devido a notória complexidade de seus arranjos produtivos.

Esta cartilha propõe alguns caminhos para enfrentar esses desafios nos municípios. São pontas de novelo que os leitores terão que desenrolar em suas comunidades e gerar caminhos próprios de transformação.

O cerne da proposta é mudar a partir da mobilização conjunta do Estado, dos empresários e da sociedade civil, gerando um processo de cocriação para enfrentar o desafio da mudança, continuar evoluindo e criar um mundo melhor para todos.

SUMÁRIO

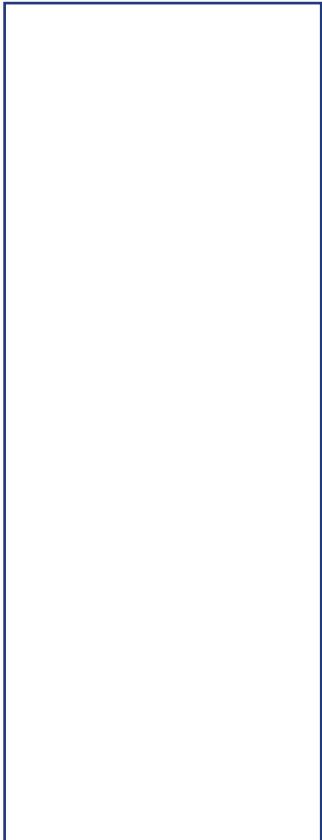
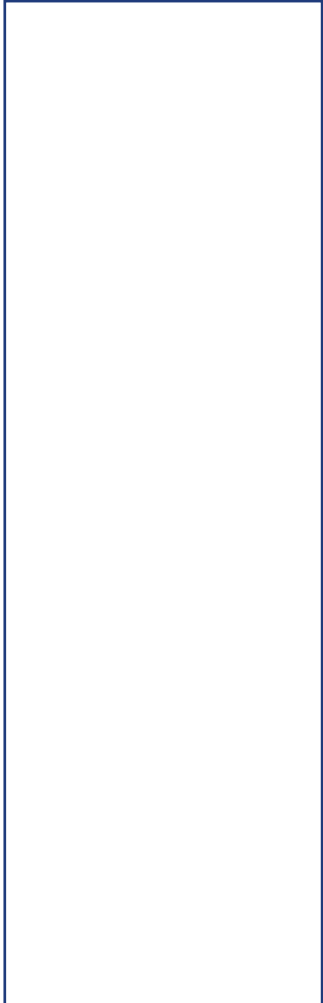
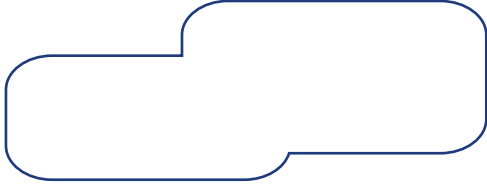
APRESENTAÇÃO	05
GESTÃO EM SAÚDE	07
QUEM SOMOS	11
A COMUNITAS	12
O que é o programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável?	13
Estágios de Governo	15
Abordagem do programa	15
Os Cinco Pilares	16
Gestão	16
Inovação	16
Fortalecimento de Lideranças	17
Engajamento	17
Hub de Parcerias	17
Governança do Programa Juntos	18
DISSEMINAÇÃO E REPLICABILIDADE	19
Por que sistematizar?	20
Usos da cartilha	20
INTRODUÇÃO	23
LEGISLAÇÃO APLICÁVEL AO SUS	25
Linhas Gerais	26
Organização e Hierarquia do SUS	27
Sistema Nacional de Auditoria	28
Atribuição Municipal	29
Gastos mínimos no setor de saúde	30
O marco legal referente à participação da iniciativa privada	35
Assistência à Saúde	35
Lei 9.637/1998: OS e Contrato de Gestão	38
Lei 9.790/1999: OSCIP e Termo de Parceria	41
Lei 13.019/2014: OSC e Termo de Colaboração e de Fomento e	43
Acordo de Cooperação	
Lei 11.079/2004: Concessão Administrativa	45
MODELOS DE GESTÃO MUNICIPAL PARA A SAÚDE	47
Saúde e poder público municipal	48

Ativismo Governamental	50
MODELOS DE GESTÃO PÚBLICOS	53
Modelos Tradicionais	55
Administração Direta	55
Administração Indireta de Direito Público	56
Modelos Públicos Alternativos (Administração Indireta de Direito Privado)	57
Fundação Pública de Direito Privado (ou Fundação Estatal)	57
Empresa Pública	58
Parcerias Público-Público	59
Intergovernamentais (SUS – União/Estados)	59
Intragovernamentais (entre secretarias)	61
Intermunicipais (consórcios)	62
Modelos Compartilhados com a Iniciativa Privada	65
Parcerias Público-Terceiro Setor – Organizações Sociais	66
Histórico	66
Insegurança Jurídica - ADIN (Ação Direta de Inconstitucionalidade)	67
Estrutura do Modelo de Parceria com Organizações Sociais	68
Objetivo	68
Qualificação como Organização Social	69
Contratualização	70
Execução do Contrato de Gestão	71
Fiscalização do Contrato de Gestão	72
Roteiro Sugerido para Implantação do Modelo de Parceria com	
Organizações Sociais	72
Pontos Positivos e Desafios	74
Parcerias Público-Privadas (PPPs)	74
Características do modelo	76
Tipos de Concessão	76
Pontos Positivos e Desafios	78
ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO PARA MELHORIA DA GESTÃO	79
Programas Governamentais de Financiamento	81
PMAT – Programa de Modernização da Administração Tributária e da Gestão de Setores Sociais Básicos	81
Investimentos Sociais em Saúde (com incentivo fiscal): O que dizem os dados do BISC?	83
PRONON e PRONAS/PCD: alternativa para financiamento de projetos para a área da Saúde com o uso de incentivos fiscais	88
Emendas Parlamentares	92

SUMÁRIO

Janelas de Oportunidade	93
Apoio Empresarial Estruturado	93
Atrair Investidores e Empreendedores	94
Integrando Inovações	95
Empreendedorismo na Saúde (Exemplos)	95
Triagem nas Unidades de Urgência Emergência:	96
Consultas Básicas e Especializadas:	96
Gerenciamento de doentes crônicos:	96
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	97
<hr/>	
Bases da política de participação social na saúde	98
Conselhos municipais de saúde	100
Gestão participativa	102
BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE	103
<hr/>	
Inovação em Saúde – Rede Bem Cuidar em Pelotas	104
Inovação em Saúde - Clique Saúde Pelotas	108
Inovação em Saúde - Gestante em Foco em Santos	111
Benchmarking de Saúde em Paraty	115
Apoio a Gestão de Saúde em Paraty	117
Inovação em Saúde - Clique Saúde Paraty	119
Inovação em Saúde - Acolhe Saúde e e-você em Campinas	122
Desdobramentos de Metas em Saúde – Campinas	126
Diagnóstico de Folha de Pagamento – Juiz de Fora)	129
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	133
<hr/>	
Introdução: o fenômeno da judicialização da saúde pública	134
Contexto da Problemática	135
Pano de Fundo Jurídico	137
Panorama geral das decisões judiciais	139
Medidas extrajudiciais alternativas	141
GLOSSÁRIO	143
<hr/>	
RECOMENDAÇÕES GERAIS	147
<hr/>	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
<hr/>	

QUEM SOMOS



A Comunitas

A **Comunitas** é uma organização da sociedade civil brasileira que tem como missão contribuir para o aprimoramento dos investimentos sociais corporativos e estimular a participação da iniciativa privada no desenvolvimento social e econômico do país.

Por meio do envolvimento de diversos atores, estimula e fomenta ações conjuntas com o propósito de promover o desenvolvimento sustentável. A organização conta com o apoio de líderes de grandes empresas, engajadas nas várias frentes de atuação da Comunitas.

A convicção da Comunitas é de que as empresas brasileiras podem contribuir, de maneira significativa, para a superação dos problemas de ordem econômica e

social, em várias regiões do país, uma vez que enfrentam desafios crescentes em seus negócios para a melhoria da gestão, na qualidade e no impacto social de seus investimentos. São esses os fatores que demandam atuação em rede para o estabelecimento de novos padrões de colaboração. Igualmente importantes são o monitoramento e avaliação de resultados, sistematização e disseminação de boas práticas.

O foco das operações da Comunitas está no estabelecimento de parcerias para produzir e multiplicar o conhecimento necessário para o avanço da participação das empresas, da sociedade e do poder público na resolução de entraves ao desenvolvimento do país.



O que é o programa **Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável?**

O Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável é um programa que envolve líderes empresariais e a sociedade civil no debate de ações para a melhoria da gestão e dos serviços públicos municipais.

Presente em 12 cidades brasileiras, o Juntos foi criado em 2012 a partir de uma reflexão feita por acionistas e presidentes de empresas brasileiras, reunidos no 5º Encontro de Líderes promovido pela Comunitas.

O grupo desenvolveu um modelo inovador de qualificação dos investimentos sociais corporativos ao optar pela atuação direta em parceria com administrações municipais. A aposta é em projetos que, depois de implementados, possam ser replicados em outras cidades, independentemente do tamanho, localização e outros indicadores sociais e econômicos.

Os líderes empresariais envolvem-se diretamente nos projetos, o que vai além do investimento de recursos. Eles integram um Núcleo de Governança que compartilha suas experiências administrativas com os gestores municipais, acompanha a evolução das iniciativas e, também, colabora para definir as diretrizes das ações.

Outra característica do programa é a valorização da participação da sociedade civil na administração pública, com a inclusão dos cidadãos no debate e nas tomadas de decisão sobre as prioridades para a comunidade envolvida.

Desde o início, o Juntos tem direcionado, prioritariamente, suas ações para o equilíbrio fiscal das cidades, bem como para as áreas de saúde e educação. Graças à capacidade de adaptação do programa às diferentes realidades dos municípios, outras frentes de trabalho foram criadas de acordo com as necessidades identificadas pelas prefeituras e pelo Núcleo de Governança.

Já as cidades, assim que aderem ao programa, firmam um pacto de transparência com o Juntos, comprometendo-se a exibir todas as informações consideradas fundamentais para o andamento dos projetos. O objetivo é oferecer mecanismos que permitam o reajuste das contas municipais, o aumento da capacidade de investimento das prefeituras e, conseqüentemente, da qualidade dos serviços públicos ofertados à população.

Fazem parte do programa os seguintes municípios: Campinas (SP), Paraty (RJ), Pelotas (RS), Santos (SP), Juiz de Fora (MG), Teresina (PI), Curitiba (PR) e Itirapina (SP), onde é realizado em modelo de consórcio com outros quatro municípios do interior paulista: Brotas, São Carlos, Limeira e Corumbataí.



O Núcleo de Governança é formado por líderes empresariais engajados em prol de um desejo comum: contribuir para o aprimoramento da gestão pública no Brasil e, com isso, para a entrega de serviços públicos de qualidade aos cidadãos e cidadãs do país.

Antes de integrarem a rede do Juntos, os municípios e os prefeitos passam por um diagnóstico que avalia diversas características:

- Prefeito ficha limpa e em 1º mandato;
- Pluripartidarismo;

- Municípios com características territoriais, geográficas e populacionais heterogêneas e diversificadas;
- Impacto regional;
- Capacidade de disseminação dos resultados;

Estágios de Governo

Todas as ações do programa são desenvolvidas com o objetivo de contribuir para que os gestores municipais da rede avancem, cada vez mais, em direção ao estágio 4.0. No último estágio, os serviços públicos são cocriados de maneira inovadora e centrados nos cidadãos.



Abordagem do Programa

A abordagem *top-down* e *bottom-up* é um grande diferencial do programa, combinando a melhoria da gestão nos processos internos da prefeitura e a inovação em serviços públicos, a partir da cocriação com servidores e usuários.



Lideranças fortalecidas são os pressupostos para empreender as mudanças necessárias para a melhoria das cidades. A sociedade engajada é condição para a sustentabilidade e perenidade das transformações conquistadas.

Os Cinco Pilares

Cinco pilares sustentam o programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável: Gestão, Inovação, Fortalecimento de Lideranças, Engajamento e Hub de Parcerias. Em cada um deles são desenvolvidas diversas frentes de trabalho. Confira abaixo cada uma delas.

Gestão



Auxilia no aprimoramento e na otimização da gestão por meio da estruturação de processos e da definição de metodologias e ferramentas de acompanhamento, para que o município alcance suas metas e melhore seus resultados.

Inovação



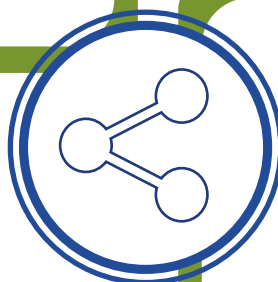
Promove soluções inovadoras no serviço público do município a partir de metodologia que engaje e mobilize gestores públicos e a sociedade civil para cocriar ideias, protótipos e implementar soluções que possam ser replicadas em escala.

Fortalecimento e Lideranças



Contribui para o desenvolvimento e fortalecimento de habilidades de liderança, além de estimular a disseminação de novas ferramentas e procedimentos de gestão, focados na solução de questões estratégicas para a cidade, bem como o desenvolvimento de suas equipes.

Hub de Parcerias



Mobiliza e engaja o cidadão na gestão pública por meio de processos e ferramentas de gestão com abordagem *top-down* e *bottom-up*, envolvendo a opinião dos usuários, aliados às lideranças públicas e ao olhar estratégico das lideranças empresariais locais.

Engajamento



Viabiliza, por meio da rede do Juntos, parcerias em diferentes frentes que sejam geradoras de melhorias na gestão pública municipal e que promovam a replicabilidade de metodologias de *expertise* dos parceiros.

Governança do programa Juntos

A Governança do programa Juntos é formada por líderes que se reúnem periodicamente para traçar estratégias de atuação. Além de serem engajados na tomada de decisão compartilhada, também apoiam financeiramente a rede de municípios e suas frentes. Ela é organizada em dois Comitês: um de Líderes e outro de Executivos Sociais, que definem diretrizes com a Equipe de Execução, constituída pela equipe da Comunitas, pelo Comitê Gestor da cidade e por consultorias especializadas.

Em alguns municípios, um líder que compõe a governança é nomeado padrinho e participa mais ativamente da estratégia da cidade apadrinhada. As lideranças locais (prefeito e Comitê Gestor)

e a iniciativa privada local interagem com a governança do programa para compartilhar práticas e empreender as transformações. A sociedade civil local é mobilizada para a proposição de demandas e prioridades.

O acompanhamento dos líderes empresariais e seu relacionamento constante com o poder público são ativos importantes do Programa Juntos. A partir de compartilhamento de materiais, reuniões e encontros estratégicos periódicos, a busca da melhoria da gestão pública e o desenvolvimento sustentável é constante. Além disso, trocas entre os próprios gestores públicos propiciam disseminação e replicabilidade de boas práticas entre as prefeituras.

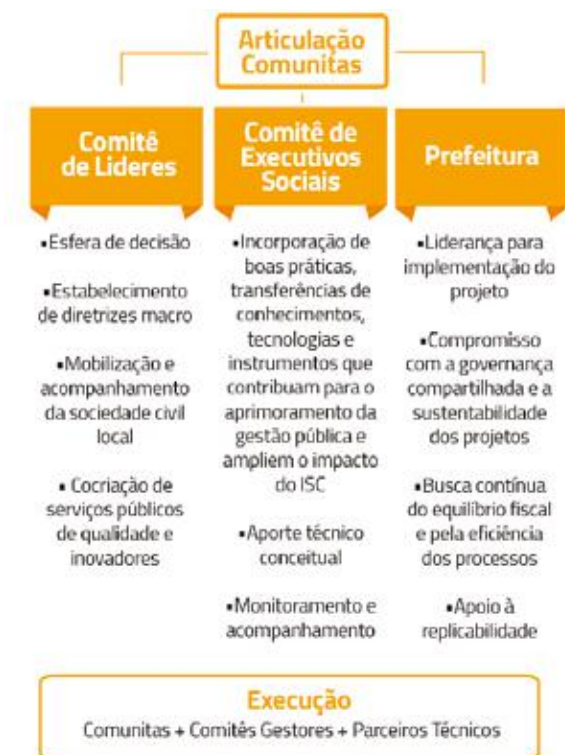
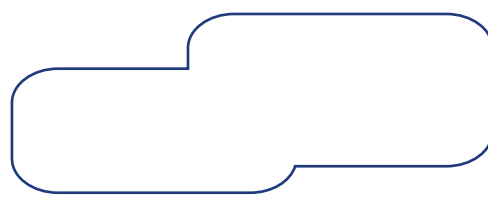
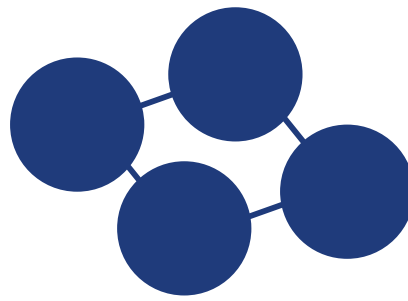
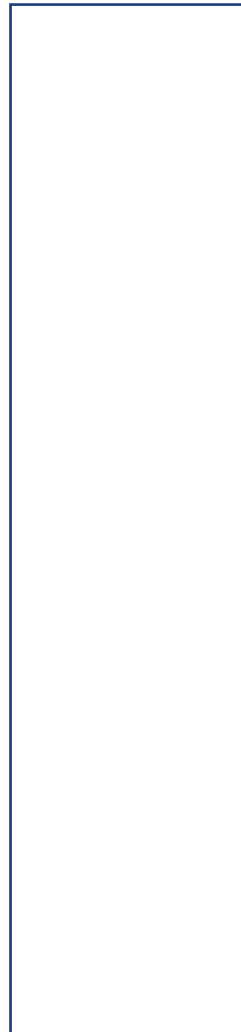


Figura: Modelo de Governança do Juntos



DISSEMINAÇÃO E REPLICABILIDADE



Por que **Sistematizar**?

Com o objetivo de disseminar e replicar boas práticas, a Comunitas iniciou a frente de Sistematização. Suas ações, dentre outras, estão em resgatar, ordenar, interpretar e analisar as iniciativas pactuadas pela governança, lideradas pela Comunitas e executadas por nossos parceiros técnicos.

Dessa forma, as iniciativas cocriadas serão replicadas para outros municípios, ganhando escala e ampliando o impacto. São buscadas alternativas criativas e práticas que possam ser levadas adiante e implementadas

em municípios com as mais variadas características territoriais, geográficas e populacionais, sem intermédio da Comunitas e do Programa Juntos.

Assim, será possível capturar experiências já mobilizadas pelo programa, facilitando o diálogo entre as prefeituras para que as ações bem-sucedidas em um município possam ser implementadas pelos demais, dando continuidade nas ações de maneira sustentável.

Usos da **Cartilha**

Este material foi desenvolvido para disseminar conhecimento e sugerir alternativas para municípios que desejam se inspirar nessas boas práticas. Entre os públicos-alvo e usos da cartilha estão:

SECRETÁRIOS E PREFEITO

- fonte para divulgação de informações sobre a frente para opinião pública;
- referência para secretários e prefeitos;
- informativo sobre nível de comprometimento, requisitos tecnológicos e perfis necessários para composição das equipes de execução das atividades.

SERVIDORES PÚBLICOS

- material de apoio para implantação da frente no município;
- informativo dos resultados atingidos;
- informativo sobre papéis, responsabilidades e conhecimentos técnicos necessários para implantação de frentes na área de saúde;

EXECUTIVOS SOCIAIS

- informativo sobre os resultados das iniciativas;
- guia para compreensão da metodologia empregada pelo parceiro técnico e Comunitas na frente;
- inspiração para criação ou adaptação de programas.

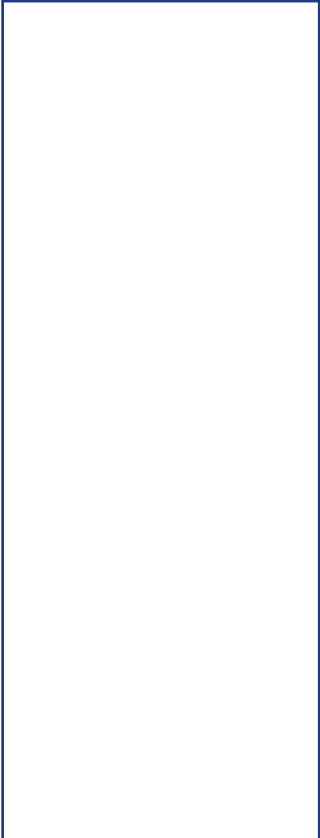
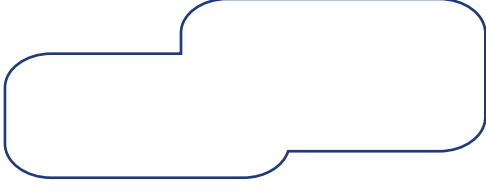
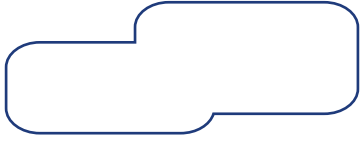
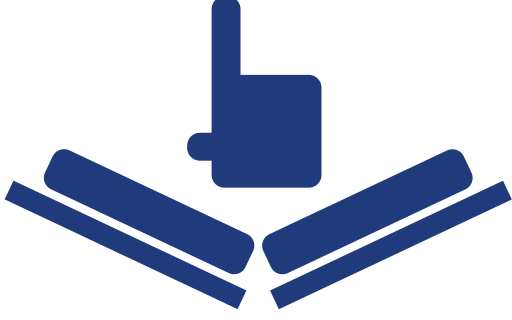
LÍDERES EMPRESARIAIS

- informativo sobre os resultados e boas práticas de frentes na área de saúde;
- material de suporte na cocriação de estratégias;

PÚBLICO EM GERAL

- informativo sobre a Comunitas e o programa Juntos para o Desenvolvimento Sustentável e quais são as ações desempenhadas para melhorar as contas públicas dos municípios da rede;
- divulgação para prefeituras fora da rede, iniciativas positivas que podem ser aplicadas com ou sem o apoio da Comunitas.
- material de apoio na disseminação do tema, visando o controle social e a sustentabilidade das ações desenvolvidas nas prefeituras.

INTRODUÇÃO





Desde o final de 2015, a Comunitas desenvolveu diversas Cartilhas de Replicabilidade para subsidiar e engajar o aprimoramento da gestão pública municipal. Continuando com a mesma premissa, a Cartilha de Gestão de Saúde Pública aborda um tema que é desafiador e relevante para toda a população, que é a promoção de serviços de saúde com qualidade e eficiência.

O conceito mais comum de Saúde Pública é de ser a arte e a ciência de prevenir doenças, prolongar a vida, possibilitar a saúde e a eficiência física e mental através do esforço organizado da comunidade. Ela é viabilizada mediante a ação do Governo. Está dentro da sua missão a organização de acordo com suas questões sociais e políticas, fazendo aplicar os serviços médicos na organização do sistema de saúde. Partindo desse conceito, este material foi viabilizado

“ Para que um bem ou um serviço seja disponibilizado aos cidadãos, o governante desencadeará um processo de trabalho que parte da necessidade de se dar solução a determinado problema público, por meio da formulação de uma proposta de ação. Ou seja, parte do planejamento, no qual são definidos os objetivos da política, seu público-alvo, as metas, os produtos, os resultados que se pretende alcançar, os recursos necessários, sejam eles humanos, financeiros, institucionais, tecnológicos e administrativos e os instrumentos de monitoramento e avaliação.¹ ”

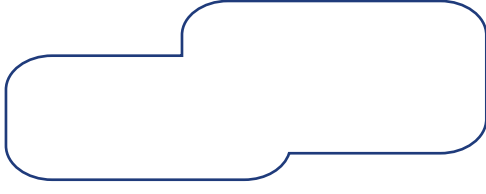
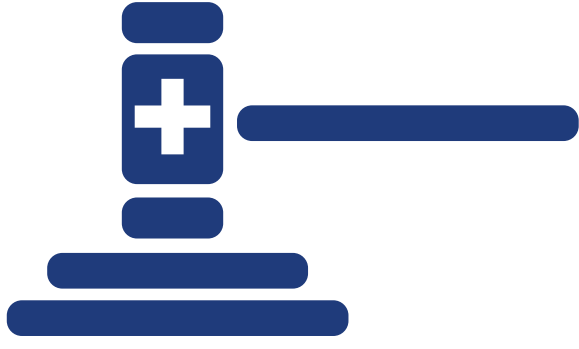
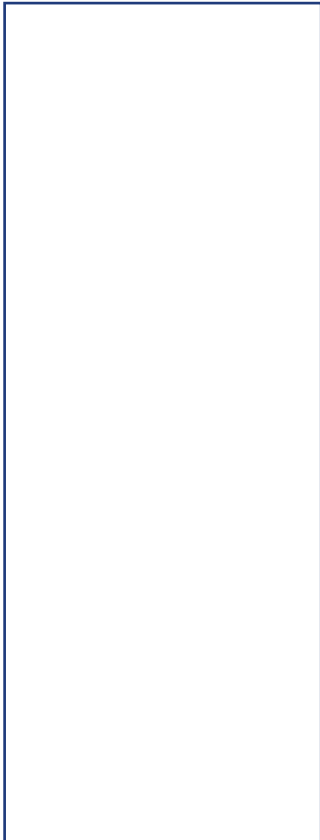
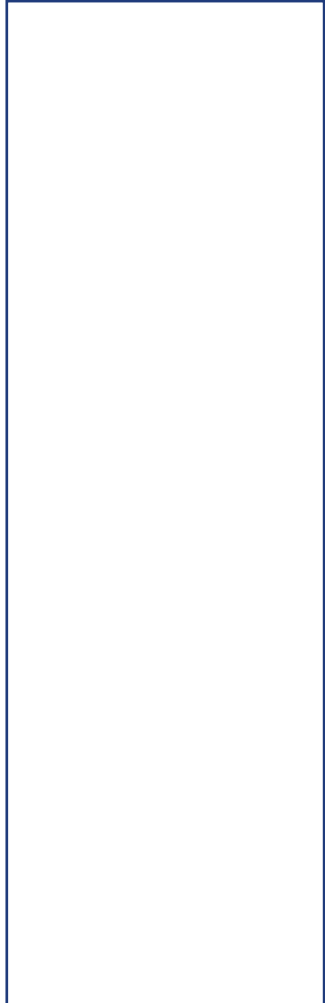
Assim como a educação, a saúde pública é garantida na Constituição Federal de 1988 e é um dos temas mais sensíveis a ser tratado pela gestão pública, seja ela federal, estadual ou municipal. Com a promoção da saúde não se garante apenas a prevenção e o tratamento de doenças, mas também a melhoria da qualidade de vida da

a partir das experiências no campo da saúde do programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável, com a contribuição de parceiros estratégicos importantes, como o escritório de advocacia Mattos Filho, a Nexo Investimento Social, a professora Anna Peliano e o especialista Januário Montone.

A Cartilha Gestão de Saúde Pública desdobra-se em diversos temas, tais como os modelos de gestão disponíveis, funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), arcabouço jurídico e judicialização da saúde e, por fim, boas práticas realizadas nos municípios da rede Juntos. Esse desdobramento propõe a melhoria contínua dos processos de trabalho, a otimização do uso dos recursos e a implantação de uma cultura de eficiência, para garantirmos um serviço público de qualidade para os municípios.

população local.

Com planejamento e boa gestão dos processos e dos recursos pelos gestores públicos são criadas condições para a implantação de políticas públicas em longo prazo que atendam, de fato, as demandas da população.



LEGISLAÇÃO APLICÁVEL AO SUS



O presente documento tem como propósito abordar os principais dispositivos legais que tratam sobre o setor da saúde, particularmente o Sistema Único da Saúde (“SUS”), apontando suas diretrizes, organização e objetivos.

Para atendimento da análise da legislação aplicável ao SUS, este documento está estruturado da seguinte maneira: além dessa introdução, contextualizaremos o leitor quanto às normas previstas na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional

concernente ao setor de saúde e, mais especificamente, ao SUS. Descrevemos a organização e hierarquia interna do SUS, com foco nas direções nacional, estadual e municipal. Abordamos, ainda, o Sistema Nacional de Auditoria, previsto no Decreto 1.651/1995, e suas funções nas direções do SUS. Por fim, aprofundamos a análise quanto à competência dos municípios no setor da saúde e, conseqüentemente, na direção municipal do SUS.

Linhas Gerais

A saúde está prevista na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) como direito social³ garantido a todos e que deve ser oferecido pelos entes da federação, isto é, União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Para tanto, devem formular e executar políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos da população.

A importância da prestação de ações e serviços de saúde à população está demonstrada em índices de desenvolvimento do Brasil. Os níveis de

saúde de um país abrangem, também, as ações que se destinam para garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, são condicionantes e determinantes para expressar a organização social e econômica nacional.⁴

O art. 198 da CF/1988 determina que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o SUS. As atribuições do SUS estão

²O presente capítulo foi escrito por Mario Marcio Saadi Lima, Juliana Deguirmendjian, Felipe Miranda Ferrari Picolo e Higor Borges Lima, do escritório de advocacia Mattos Filho.

³Art. 6º da CF/1988. “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

⁴Art. 3º da Lei 8.080/1990. “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. “Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”.

constitucionalmente previstas no art. 200, compreendendo, sinteticamente, o controle, a formulação, a fiscalização e a execução de ações e serviços públicos de saúde e saneamento básico. O SUS deve, também, fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano e colaborar na proteção do meio ambiente.

Em resumo, o SUS deve identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular a política da área e assistir as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A principal lei do setor de saúde, em especial

ao SUS, é a de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, diretrizes e princípios, organização e funcionamento dos serviços prestados pelo SUS, em linha com a previsão constitucional acima (“Lei 8.080/1990”).

A Lei 8.080/1990 versa sobre os objetivos e atribuições (arts. 5º e 6º), princípios e diretrizes (art. 7º), organização, direção e gestão (arts. 8 a 14-B), competências e atribuições (arts. 15 a 19-U), serviços privados de assistência à saúde (arts. 20 a 26), recursos humanos (arts. 27 a 30) e financiamento do SUS (arts. 31 a 38).

Organização e Hierarquia do SUS

A prestação de serviços públicos de saúde e as ações promovidas integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui o sistema único. Esse sistema obedece a três diretrizes: (i) a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (ii) atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas; (iii) participação da comunidade.

A direção do SUS é única e exercida em cada esfera de governo. No âmbito da União, o Ministério de Saúde é responsável pela direção nacional do SUS, cujas atribuições estão previstas no art. 16 da Lei 8.080/1990. A direção nacional do SUS deve: (i) definir, coordenar e estabelecer normas quanto ao sistema de vigilância sanitária, incluindo os produtos e as substâncias, executando, ainda, a vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; (ii) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e executar ações de vigilância sanitária em circunstâncias especiais, como

na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

A direção estadual do SUS é exercida pela Secretaria Estadual de Saúde ou órgão equivalente, conforme o art. 17 da Lei 8.080/1990. Além de promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, compete à direção estadual do SUS prestar apoio técnico e financeiro aos municípios, executar supletivamente ações e serviços de saúde e organizar o atendimento à saúde em seu território.

Por fim, a direção municipal do SUS é de responsabilidade das **Secretarias Municipais de Saúde**, segundo o art. 18 da Lei 8.080/1990. O município é o principal responsável pela proteção da saúde pública de sua população. Portanto competem às direções municipais do SUS: (i) planejar, organizar, controlar e avaliar

as ações e os serviços de saúde; (ii) gerir e executar os serviços públicos de saúde; (iii) participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; (iv) formar consórcios administrativos intermunicipais; (v) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O ato normativo institui o “Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde”, acordo de colaboração firmado entre entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, 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 dos serviços de saúde .

O mencionado Decreto também prevê, também, a organização do SUS em Regiões de Saúde, instituídas pelos Estados em articulação com os municípios e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestoras: (i) garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; (ii) orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; (iii) monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; (iv) ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Sistema Nacional de Auditoria

A direção nacional do SUS deverá estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme o art. 16, XIX, da Lei 8.080/1990.

Nesse sentido, o Decreto 1.651, de 28 de setembro de 1995, estabelece e regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS, cujas funções estão estabelecidas no

art. 2º do Decreto. Destacam-se as atividades de controle de execução, avaliação da estrutura e auditoria da regularidade dos procedimentos praticados.

A auditoria das ações nos serviços de saúde fortalece a eficiência do SUS. Ao analisar os resultados e acompanhar as ações, a auditoria contribui para a adequada alocação e utilização dos recursos, a garantia do acesso universal e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos usuários, em prol da defesa da vida.

Atribuição Municipal

A CF/1988 atribui aos municípios a competência de prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, VII). Desse modo, estão obrigados a planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial, quanto o hospitalar.

De igual modo, vimos que as ações e os serviços de saúde, executados pelo SUS, são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. Para tanto, as **Secretarias Municipais de Saúde** exercem a função de direção municipal do SUS.

As secretarias devem participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e

hierarquizada do SUS, em articulação com a direção estadual. A execução de serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador também estão sob responsabilidade das secretarias municipais.

Para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, os municípios podem constituir consórcios intermunicipais ou organizar o SUS de forma distrital. No primeiro caso, aplica-se o princípio da direção única, sendo obrigatória a sua previsão no ato que der origem ao consórcio. O SUS organizado de modo distrital será utilizado para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde de determinada região, em especial as economicamente carentes.⁶

⁶O Art. 10 da Lei 8.080/1990. "Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde".

Gastos mínimos no setor de saúde

Com o objetivo de assegurar o financiamento do SUS, a Constituição Federal institui diversas normas sobre os recursos mínimos que **União, Distrito Federal, Estados e Municípios** devem destinar à saúde. Essas regras estabelecem a necessidade de investimento mínimo em políticas do setor, os recursos que devem ser considerados para tal cálculo e as consequências para descumprimento dessas determinações.

Os montantes considerados para a definição de investimento mínimo de cada ente da Federação são compostos por: (i) recursos orçamentários; (ii) parte dos recursos destinados ao financiamento da seguridade social, expostos no art. 195 da CF/1988.⁷

A União deve calcular o investimento mínimo em saúde sobre a receita corrente líquida de cada exercício (conforme definição dada pelo art. 2º, IV, da Lei Complementar nº 101/2000),⁸ sendo que a destinação nunca poderá ser inferior a 15% desses recursos (art. 198, §2º, I, da CF/1988).

Convém apontar que os valores que de fato serão destinados à saúde pela União podem sofrer redução devido à aprovação, pelo Congresso Nacional, da Desvinculação de Receitas da União (“DRU”), que permite que a União utilize livremente recursos que têm destinação especificada em lei. No passado, isso ocorreu com a aprovação da Emenda Constitucional 68/2011, que

⁷Art. 195. da CF/1988. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos. IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

⁸Art. 2º Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como: [...] IV - receita corrente líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos: a) na União, os valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições mencionadas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195, e no art. 239 da Constituição; b) nos Estados, as parcelas entregues aos Municípios por determinação constitucional; c) na União, nos Estados e nos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira citada no § 9º do art. 201 da Constituição. § 1º Serão computados no cálculo da receita corrente líquida os valores pagos e recebidos em decorrência da Lei Complementar no 87, de 13 de setembro de 1996, e do fundo previsto pelo art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. § 2º Não serão considerados na receita corrente líquida do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e de Roraima os recursos recebidos da União para atendimento das despesas de que trata o inciso V do § 1º do art. 19. § 3º A receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades.

alterou o art. 76 dos Atos de Disposições Constitucionais Transitórias para permitir que a União pudesse gastar livremente até 20% de sua receita tributária.⁹ Atualmente, discute-se a prorrogação da DRU no âmbito federal.¹⁰

A destinação calculada por Estados e pelo Distrito Federal deve ter como base os recursos de impostos do artigo 155,¹¹ bem como por aqueles recursos descritos nos artigos 157,¹²

159, I, “a”¹³ e 159, II¹⁴ da Constituição (art. 195, II). Quanto aos Municípios, os recursos considerados são aqueles do art. 156,¹⁵ 158,¹⁶ 159, I, “b”¹⁷ e 159, §3º, também da CF/1988¹⁸ (art. 198, III). Embora cada ente da Federação tenha liberdade para decidir em que políticas os recursos serão empregados, a Constituição proíbe expressamente que recursos públicos sejam destinados a instituições de saúde

⁹Art. 76. “São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2015, 20% (vinte por cento) da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais.”

¹⁰O Projeto de Emenda Constitucional 31/2016, proposto originalmente pela Câmara, está em processo de votação no Senado Federal. Entre outras disposições, DRU passaria permitir liberdade de gastos sobre 30% da receita tributária da União, com prazo de vigência até 2023, conforme redação original do projeto.

¹¹Art. 155. “Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre: I - transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos; II - operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior; III - propriedade de veículos automotores.”

¹²Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal: I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem; II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I.

¹³Art. 159. A União entregará: I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, 49% (quarenta e nove por cento), na seguinte forma: a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal.

¹⁴Art. 159. [...] II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

¹⁵Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre: I - propriedade predial e territorial urbana; II - transmissão “inter vivos”, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição; III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar.

¹⁶Art. 158. Pertencem aos Municípios: I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem; II - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados, cabendo a totalidade na hipótese da opção a que se refere o art. 153, § 4º, III; III - cinquenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios; IV - vinte e cinco por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação. Parágrafo único. As parcelas de receita pertencentes aos Municípios, mencionadas no inciso IV, serão creditadas conforme os seguintes critérios:

I - três quartos, no mínimo, na proporção do valor adicionado nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, realizadas em seus territórios; II - até um quarto, de acordo com o que dispuser lei estadual ou, no caso dos Territórios, lei federal.

¹⁷Art. 159. [...] I [...] b) vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios.

¹⁸Art. 159. [...] § 3º Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberem nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II.

privadas que tenham finalidade lucrativa (art. 199, §2º).

Por determinação do art. 198, §3º da CF/1988, a cada cinco anos deve ser editada Lei Complementar que defina e avalie: (i) os percentuais de recursos destinados por Estados, Distrito Federal e Municípios à saúde, (ii) os critérios de repartição de recursos da União destinados ao setor e (iii) as normas de fiscalização e controle do investimento mínimo exigido de cada ente da Federação.

Atualmente, esse dispositivo constitucional é regulamentado pela Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 (“Lei Complementar 414/2012”), que estabelece os seguintes

limites mínimos de aplicação de recursos em saúde: (i) para a União, o valor mínimo referente aos investimentos do ano anterior mais o percentual correspondente à variação nominal do PIB (art. 5º); (ii) para Estados, 12% de sua receita (art. 6º); (iii) para Municípios, 15% de sua receita (art. 7º); (iv) para o Distrito Federal, 12% da receita correspondente à competência tributária estadual e 15% da receita correspondente à competência tributária municipal (arts. 6º-8º). Para clareza das informações relacionadas ao gasto mínimo em saúde, abaixo é reproduzido um quadro resumo desses valores:

Quadro Resumo | Gastos Mínimos do Setor de Saúde

Ente da Federação	Gasto Mínimo	Fundamento Legal
1. União	Gasto do exercício anterior mais variação do PIB	Art. 198, §2º, I da CF/1988 Art. 7º Lei Complementar 141/2012
2. Estados	12% da receita tributária anual	Art. 195, §2º, II da CF/1988 Art. 6º Lei Complementar 141/2012
3. Municípios	15% da receita tributária anual	Art. 198, §2º, III da CF/1988 Art. 7º Lei Complementar 141/2012

A Lei Complementar 141/2012 também especifica o que poderá ou não ser considerado para avaliação do cumprimento de gastos mínimos em saúde.

Segundo o art. 3º da Lei, as despesas contabilizadas serão aquelas referentes a: (i) vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária); (ii) atenção integral e universal à saúde (inclusive assistência terapêutica e recuperação de

deficiências nutricionais); (iii) capacitação do pessoal do SUS; (iv) desenvolvimento científico, tecnológico e de controle de qualidade; (v) produção, aquisição e distribuição de insumos dos serviços do SUS; (vi) saneamento básico (domiciliar, de pequenas comunidades e de comunidades quilombolas e indígenas); (vii) manejo ambiental para controle de doenças; (viii) investimentos na ampliação da rede física do SUS

(como construção de unidades hospitalares); (ix) remuneração do pessoal ativo do SUS; (x) ações de apoio administrativo imprescindíveis à execução de ações e serviços de saúde; (xi) gestão dos serviços e operação da rede de saúde pública.

Conforme disposto no art. 4º da Lei Complementar 141/2012, não serão considerados no cálculo de gasto mínimo em saúde: (i) pagamento de aposentadorias e pensões; (ii) custeio de pessoal ativo de saúde no exercício de atribuições em outros setores; (iii) assistência à saúde que não seja realizada em caráter universal (isto é, disponível a todo o público); (iv) custeio de programas de alimentação, exceto aqueles que componham os programas de atenção à saúde; (v) prestação de serviços de saneamento básico não compreendidos no art. 3º; (vi) limpeza urbana e de resíduos; (vii) preservação e correção de meio ambiente realizados por autoridades ambientais; (viii) ações de assistência social; (ix) obras de infraestrutura; (x) ações e serviços de saúde financiados por recursos que não sejam aqueles especificados na Lei Complementar ou que sejam custeados por fundos específicos.

Com relação às consequências pelo descumprimento da destinação mínima de recursos, o art. 34, VII, e estabelece que a União poderá intervir na administração dos Estados

da Federação que descumpram as regras da legislação e da Constituição. De forma semelhante, os Estados poderão intervir nos municípios¹⁹ que deixem de aplicar o limite mínimo de sua receita nas ações e serviços de saúde pública, conforme estipulado no art. 35, III, da CF/1988.

Outro aspecto do financiamento do SUS está ligado às transferências de recursos que a União e os Estados devem fazer às demais unidades da Federação, com o objetivo de viabilizar que os serviços de saúde sejam prestados de modo descentralizado (isto é, por mais de uma esfera do governo).

Para que os recursos sejam recebidos, a Lei 8.142/1990 exige que Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com: (i) Fundo de Saúde; (ii) Conselho de Saúde; (iii) Plano de Saúde; (iv) Relatórios de Gestão para controle dos gastos efetuados; (v) previsão de utilização dos recursos em lei orçamentária; (vi) Comissão de elaboração do Plano de Carreira (art. 4º). Adicionalmente, o tratamento contábil dos Fundos de Saúde deve obedecer às disposições do art. 2º da mesma Lei.²⁰

A Lei Complementar 141/2012 determina que os valores devem ser repassados pela União ao Fundo Nacional de Saúde (art. 12) de onde, automaticamente, haverá transferência aos

¹⁹Com relação aos Municípios localizados em Território Federal, a intervenção será realizada pela União.

²⁰Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.



Fundos de Saúde de cada ente federativo. Excepcionalmente, poderá haver transferência de valores adicionais, o que depende da celebração de acordo entre a União e o ente que receber os montantes (art. 18). Os repasses que os Estados devem fazer aos Fundos Municipais de Saúde de seu território seguem a mesma lógica (art. 20).

O Ministério da Saúde tem o dever de definir como os recursos de repasses ao SUS serão divididos entre cada ente federativo, levando em consideração as necessidades e características da população afetada.²¹⁻²² No âmbito dos Estados, critérios similares devem ser observados pelos respectivos Conselhos de Saúde, para posterior divisão entre os Municípios.²³

²¹Cf. Lei Complementar 141/2012, art. 17. "O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal. § 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde. § 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde. § 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."

²²Além da disposta Lei Complementar 141/2012, os critérios de divisão de recursos devem obedecer às especificações do art. 35 da Lei 8.080/1990: "Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo."

²³Cf. Lei Complementar 141/2012, Art. 20. "As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde. Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento."

O marco legal referente à participação da iniciativa privada

Assistência à Saúde

No tocante à assistência à saúde, a CF/1998 prevê no art. 199 que sua prestação é livre pela iniciativa privada e de forma complementar ao SUS. Neste último caso, a parceria se materializa mediante contrato de direito público ou convênio, preferencialmente com entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A diretoria nacional do SUS definirá os critérios e valores para a remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial, com a devida aprovação do Conselho Nacional de Saúde. Todos os serviços prestados pela iniciativa privada a título de participação complementar serão submetidos às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

O serviço público de saúde, na qualidade de expressão do direito social²⁴ previsto no art. 6º da CF/1988, engloba o acesso universal e igualitário às ações e medidas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Trata-se de direito assegurado a todos os cidadãos, cujo provimento é dever atribuído ao Estado.²⁵

O fato de a saúde configurar dever do Estado, nos termos do art. 196 da CF/1988, não obsta a atuação de entes privados na prestação. Admite-se expressamente a execução de ações e serviços de saúde pela iniciativa privada, conforme disposto em seu art. 197:

“ Art. 197. São de relevância pública as ações e os 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. ”

²⁴Conforme José Afonso da Silva, “os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais”. In: SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo. 15ª ed. São Paulo: Malheiros, 1998. p. 289.

²⁵Constituição Federal. “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Cumpre ressaltar que a autorização constitucional conferida à execução de ações e serviços de saúde por entes privados não se estende às atividades de regulamentação, controle e fiscalização, as quais devem permanecer sob responsabilidade do Poder Público.

No mesmo sentido dispõe o caput do art. 199 da CF/1988, ao estabelecer que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, a qual poderá, nos termos do § 1º do mesmo dispositivo, participar do sistema único de saúde de maneira complementar.²⁶ A participação das instituições privadas na assistência à saúde pressupõe a celebração de contrato administrativo ou convênio com o Poder Público, nesta hipótese, conferindo-se preferência à contratação de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.²⁷

Os mecanismos de participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde situam-se, primordialmente, nas esferas de fomento estatal, por meio da celebração de ajustes e parcerias com entidades do terceiro setor, e de outorga da prestação do serviço à iniciativa privada, por meio de concessão administrativa.

O fomento estatal pode ser compreendido como a função administrativa por meio da qual o Poder Público estimula entidades privadas a desempenharem atividades de relevância pública, de modo a gerar externalidades sociais positivas.²⁸

Para fins da presente análise, especificamente, o fomento se expressa pelo incentivo estatal à realização de ações e atividades no setor de saúde, concedido a entidades sem fins lucrativos, mediante a celebração de ajustes

²⁶“As atividades de assistência à saúde compõem o que a Constituição Federal denomina o Sistema Único de Saúde (SUS) e devem ser prestadas tanto pelo Estado quanto por terceiros contratados ou conveniados, com preferência das entidades filantrópicas e das sem fins lucrativos. Além disso, as entidades privadas possuem liberdade para prestar serviços de saúde independente de vínculo com o Estado; nesse último caso, os serviços prestados são qualificados como de relevância pública e estão sujeitos à regulamentação, à fiscalização e ao controle pelo Poder Público.” CF. MÂNICA, Fernando Borges. *O setor privado nos serviços públicos de saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2010. p. 113.²⁷Constituição Federal. “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.”

²⁸MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. *Curso de direito administrativo*. 13 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003. p. 514.

que, via de regra, envolvem a transferência de recursos públicos para a consecução das finalidades almeçadas.²⁹⁻³⁰

A presença de entidades do terceiro setor no desempenho de atividades relacionadas à área da saúde é expressiva. Destaca-se, nessa seara, a participação de organizações sociais (“OS”), regidas pela Lei 9.637, de 15 de maio de 1998 (“Lei 9.637/1998”); organizações da sociedade civil de interesse público (“OSCIP”), disciplinadas pela Lei 9.790, de 23 de março de 1999 (“Lei 9.790/1999”); e organizações da sociedade civil (“OSC”), reguladas pela Lei 13.019, de 31 de julho de 2014 (“Lei 13.019/2014”).

A concessão administrativa de serviços de saúde, por sua vez, consiste em modalidade

de parceria público-privada (“PPP”), nos termos da Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004 (“Lei de PPP”), por meio da qual se outorga a prestação dos serviços à iniciativa privada, mediante licitação na modalidade de concorrência e o pagamento de contraprestação pecuniária pelo Poder Público.

Essencialmente, o marco legal referente à participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde abrange os diplomas legais que disciplinam as parcerias celebradas com entidades do terceiro setor, conjuntamente com a Lei de PPP.

²⁹ Conforme Floriano de Azevedo Marques Neto: “Quanto aos setores, o fomento pode voltar-se a setores e atividades (inclusive aquelas consideradas “sociais” como educação, pesquisa, tecnologia, saúde, trabalho, cultura, turismo, lazer, meio ambiente). Nesses casos, entende-se que a promoção dessas atividades irá ensejar benefícios (externalidades positivas) a serem usufruídos por toda a população. No entanto, ressalte-se que, ainda que o objetivo seja a promoção de um determinado setor, o fomento será viabilizado pela atuação de um agente, que efetivamente executará uma atividade a ele relacionada”. In: *Tratado de direito administrativo: funções administrativas do Estado* / Aline Lícia Klein e Floriano de Azevedo Marques Neto. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014. p. 431.

³⁰ Nesse sentido, ao julgar Ação Direta de Inconstitucionalidade movida em face do marco legal das organizações sociais, o STF assentou que “5. O marco legal das Organizações Sociais inclina-se para a atividade de fomento público no domínio dos serviços sociais, entendida tal atividade como a disciplina não coercitiva da conduta dos particulares, cujo desempenho em atividades de interesse público é estimulado por sanções premiais, em observância aos princípios da consensualidade e da participação na Administração Pública. 6. A finalidade de fomento, in casu, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão, o que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, sem que isso configure qualquer forma de renúncia aos deveres constitucionais de atuação” (STF, ADI 1.923-DF, Plenário, Relator Min. Luiz Fux, DJ 16.04.2015).



Lei 9.637/1998: OS e Contrato de Gestão

A Lei 9.637/1998 instituiu a figura da OS e disciplinou o instrumento contratual celebrado entre ela e o Poder Público, denominado contrato de gestão, com vistas à formação de parceria para fomento e execução de atividades de relevância pública, dentre as quais se inclui a de saúde.

Conforme o seu art. 1º, incumbe ao Poder Executivo atribuir a qualificação de OS às pessoas jurídicas que atendam a requisitos pré-determinados. Em termos gerais, são passíveis de obter a

qualificação de OS as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas, dentre outras, ao setor de saúde.³¹

A parceria entre Poder Público e OS para a execução de atividades tais como a de saúde é formalizada mediante celebração de contratos de gestão (art. 5º). Aplicam-se à elaboração dos contratos de gestão os princípios previstos no caput do art. 37 da Constituição Federal,³² quais sejam:

- I Princípio da legalidade: compatibilidade de todos os atos e ações praticadas pela autoridade competente com o ordenamento jurídico posto;
- II Princípio da impessoalidade: vedação ao subjetivismo na condução de atos e procedimentos pela Administração Pública;
- III Princípio da moralidade: atuação administrativa pautada em preceitos de honestidade e probidade, voltada ao cumprimento do fim institucional atribuído a cada ato;

³¹Os requisitos específicos para que as entidades privadas se habilitem à qualificação como OS são elencados pelo art. 2º da Lei 9.637/1998. Em síntese, é necessária a comprovação do registro de seu ato constitutivo, o qual deverá conter as disposições indicadas no art. 2º, e a aprovação, quanto à conveniência e oportunidade da qualificação da entidade como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social (i.e., da área da saúde).

³²O STF já se manifestou acerca da obrigatoriedade de observância aos princípios do caput do art. 37 por organizações sociais, ao julgar Ação Direta de Inconstitucionalidade movida em face do marco legal das organizações sociais: “15. As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, caput), dentre os quais se destaca o princípio da impessoalidade, de modo que suas contratações devem observar o disposto em regulamento próprio (Lei nº 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos” (STF, ADI 1.923-DF, Plenário, Relator Min. Luiz Fux, DJ 16.04.2015).

- IV** Princípio da publicidade: transparência aos atos praticados pela Administração Pública, de modo a possibilitar a universalidade da participação democrática e a devida fiscalização dos atos praticados pelo setor público;
- V** Princípio da eficiência: otimização da gestão dos interesses públicos, buscando-se a plena satisfação dos administrados e incorrendo-se nos menores custos possíveis para a sociedade.

Nos termos do art. 6º da Lei 9.637/1998, o contrato de gestão será elaborado de maneira consensual pelo Poder Público e a OS. O contrato deverá discriminar as atribuições, responsabilidades e obrigações de cada parte e, uma vez aprovado pelo Conselho de Administração da OS, deverá ser submetido ao Ministro de Estado ou autoridade supervisora da área correspondente à atividade fomentada (i.e., da área da saúde).

Adicionalmente, quando da elaboração do contrato de gestão, deverão ser especificados o programa de trabalho proposto pela OS, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados para aferir a qualidade das ações executadas pela OS, mediante indicadores de qualidade e produtividade (art. 7º).

Bem assim, o contrato de gestão deverá conter a estipulação dos limites e critérios para despesas com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais, no exercício de suas funções.³³

O Poder Público poderá destinar à OS os recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato

de gestão. Nesse caso, serão assegurados à Organização Social os créditos previstos no orçamento público e as respectivas liberações financeiras, de acordo com o cronograma de desembolso previsto no contrato de gestão (art. 12, caput e § 1º).

Além disso, o art. 14 da Lei 9.637/1998 faculta ao Poder Público a cessão especial de servidor para a OS no âmbito de um contrato de gestão, permanecendo sob sua responsabilidade arcar com os ônus correspondentes. A OS poderá destinar vantagem pecuniária ao servidor cedido, vantagem esta que não será incorporada aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor e que não poderá ser paga permanentemente com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção e assessoria.

Cumprido ressaltar que é dispensada a realização de licitação para a transferência à OS dos bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão, conforme o art. 12, § 3º. Nesse caso, a transferência deverá ser realizada mediante permissão de uso e o contrato de gestão deverá prever cláusula expressa sobre a transferência de bens públicos à OS mediante o instrumento de permissão de uso.

³³Nos termos do art. 7º, parágrafo único, da Lei 9.637 os Ministros de Estado ou autoridades supervisoras da área de atuação da entidade (i.e., para fins da presente análise, da área da saúde), devem definir as demais cláusulas dos contratos de gestão de que sejam signatários.



No que concerne à execução do contrato de gestão, o art. 8º da Lei 9.637/1998 estabelece que deverá ser fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada (por exemplo, da área da saúde). Para tanto, a OS deve apresentar à autoridade, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão devem ser analisados, periodicamente, por comissão de avaliação, indicada pela autoridade supervisora da área correspondente e composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação. Em seguida, a comissão deve encaminhar à autoridade supervisora o relatório conclusivo sobre a avaliação realizada.

Na hipótese de os responsáveis pela fiscalização

da execução do contrato de gestão tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública pela OS, deverão dar ciência ao Tribunal de Contas, sob pena de responsabilidade solidária (art. 9º).

Ademais, o art. 10 dispõe que, em havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, à Advocacia-Geral da União ou à Procuradoria da entidade pública para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

Por fim, os entes da federação, no exercício de suas atribuições, poderão editar regulamento sobre a qualificação de OS e a celebração de contrato de gestão em sua esfera de competência, observada a disciplina geral consubstanciada na Lei 9.637/1998.

Lei 9.790/1999: OSCIP e Termo de Parceria

A Lei 9.790/1999 dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como OSCIP e, bem assim, disciplina o instrumento contratual celebrado entre o Poder Público e a OSCIP para a formação de vínculo de cooperação, denominado Termo de Parceria, com vistas ao fomento e à execução de atividades de interesse público, dentre as quais as relacionadas à saúde.

De acordo com seu art. 1º, a qualificação de OSCIP pode ser atribuída a pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos que tenham sido constituídas e se encontrem em funcionamento regular há, no mínimo, 3 anos, desde que os respectivos objetivos sociais e as normas estatutárias atendam a determinados requisitos pré-estabelecidos.³⁵

A competência para atribuir a qualificação de OSCIP às entidades privadas é detida pelo Ministério da Justiça (art. 6º da Lei 9.790/1999), consistindo a outorga

da qualificação em ato vinculado ao cumprimento de requisitos legais pré-determinados (art. 1º, § 2º).

Para que a entidade seja elegível à obtenção da qualificação de OSCIP, deverá apresentar objetivos sociais que cumpram ao menos uma das finalidades previstas no art. 3º da Lei 9.790/1999, dentre as quais se inclui a de promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação – prevista no art. 199, § 1º, da Constituição Federal.³⁶

O cumprimento à finalidade em questão é comprovado mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou ainda pela prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem em áreas afins.

³⁴ Considera-se sem fins lucrativos, em conformidade com o § 1º do respectivo dispositivo, “a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social”.

³⁵ Não são passíveis de qualificação como OSCIP, nos termos do art. 2º da Lei 9.790/1999, “I - as sociedades comerciais; II - os sindicatos, as associações de classe ou de representação de categoria profissional; III - as instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos, práticas e visões devocionais e confessionais; IV - as organizações partidárias e assemelhadas, inclusive suas fundações; V - as entidades de benefício mútuo destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios; VI - as entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados; VII - as instituições hospitalares privadas não gratuitas e suas mantenedoras; VIII - as escolas privadas dedicadas ao ensino formal não gratuito e suas mantenedoras; IX - as organizações sociais; X - as cooperativas; XI - as fundações públicas; XII - as fundações, sociedades civis ou associações de direito privado criadas por órgão público ou por fundações públicas; XIII - as organizações creditícias que tenham quaisquer tipo de vinculação com o sistema financeiro nacional a que se refere o art. 192 da Constituição Federal”.

³⁶ O estatuto das entidades que pretendam obter a qualificação de OSCIP deverá conter normas que disponham expressamente sobre os aspectos indicados no art. 4º da Lei 9.790/1999.

A formação de vínculo de cooperação entre o Poder Público e a OSCIP, para fins de fomento e execução das atividades de promoção à saúde, dar-se-á mediante a celebração de Termo de Parceria, conforme o art. 9º da Lei 9.790/1999.

O Poder Público e a OSCIP deverão firmar de comum acordo o Termo de Parceria, o qual preverá expressamente os direitos, responsabilidades e obrigações das partes signatárias. A celebração do Termo de Parceria deverá ser precedida de consulta ao Conselho de Política Pública da área da saúde, se existente, nos respectivos níveis de governo (art. 10, caput e § 1º).³⁷

No que concerne à execução do objeto do Termo de Parceria, o art. 11 estabelece que deverá ser acompanhada e fiscalizada por órgão do Poder Público da área de atuação correspondente à atividade fomentada (i.e., para o presente caso, da área da saúde), e pelo Conselho de Política Pública da área correspondente, se existente, em cada nível de governo.

Os resultados atingidos com a execução do Termo de Parceria devem ser analisados por comissão de avaliação, composta de comum acordo entre o órgão parceiro e a OSCIP. A comissão deverá encaminhar à autoridade competente o relatório conclusivo sobre a avaliação realizada (art. 11, § 1º e § 2º).

Ademais, de acordo com o art. 11, § 3º, os Termos de Parceria destinados ao fomento de atividades nas áreas de que trata a Lei

9.790/1999, incluída a área da saúde, estarão sujeitos aos mecanismos de controle social previstos na legislação – a título de exemplo, poderão se sujeitar à realização de consulta e audiência públicas.

Na hipótese de os responsáveis pela fiscalização da execução do contrato de gestão tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública pela OS, deverão dar ciência imediata ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, sob pena de responsabilidade solidária (art. 12).

Ademais, o art. 13 dispõe que, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pela fiscalização representarão ao Ministério Público, bem como à Advocacia-Geral da União, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens dos seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado danos ao patrimônio público, além de outras medidas relacionadas à improbidade administrativa e inelegibilidade política.

Por fim, os entes da federação, no exercício de suas atribuições, poderão editar regulamento sobre a qualificação de OSCIP e a celebração de Termo de Parceria em sua esfera de competência, observada a disciplina geral consubstanciada na Lei 9.790/1999.

³⁷O art. 11 da Lei 9.790/1999 elenca as cláusulas essenciais do Termo de Parceria.

Lei 13.019/2014: OSC e Termo de Colaboração e de Fomento e Acordo de Cooperação

A Lei 13.019/2014 institui normas gerais para parcerias celebradas entre administração pública e OSC, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades³⁸ ou de projetos³⁹ previamente estabelecidos em plano de

trabalho inserido no competente instrumento contratual.

Nos termos de seu art. 2º, I, considera-se como OSC, em especial aquelas capazes de exercer projetos e atividades no setor de saúde:

- I a entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva;
- II as sociedades cooperativas previstas na Lei no 9.867, de 10 de novembro de 1999 e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social;
- III as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos.

As parcerias celebradas entre Poder Público e OSC têm por objetivo a implementação de atividades ou projetos de relevância pública, incluídos aqueles realizados na área da saúde, em regime de mútua cooperação, mediante a celebração de termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação (art. 2º, III).⁴⁰

O termo de colaboração consiste em instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias propostas pela administração pública, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco que envolva a transferência de recursos financeiros (art. 2º, VII).

O termo de fomento, por sua vez, configura

³⁸Nos termos do art. 2º, III-A, define-se como atividade o “conjunto de operações que se realizam de modo contínuo ou permanente, das quais resulta um produto ou serviço necessário à satisfação de interesses compartilhados pela administração pública e pela organização da sociedade civil”.

³⁹Nos termos do art. 2º, III-B, define-se como projeto o “conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto destinado à satisfação de interesses compartilhados pela administração pública e pela organização da sociedade civil”.

⁴⁰Para celebrar as parcerias previstas na Lei 13.019/2014, a OSC deverá ser regida por normas de organização interna que prevejam expressamente as disposições constantes do art. 33 do referido diploma. A celebração e a formalização de termo de colaboração e de termo de fomento dependem da adoção das providências indicadas no art. 35 da Lei 13.019/2014 por parte do Poder Público. As cláusulas essenciais das parcerias são elencadas no art. 42 do referido diploma.

instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias propostas por OSC, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco que envolva a transferência de recursos financeiros (art. 2º, VIII).

Já o acordo de cooperação é instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco que não envolva a transferência de recursos financeiros (art. 2º, VIII-A).

Nos termos do art. 24 da Lei 13.019/2014, a celebração de termos de colaboração ou de fomento deve ser precedida de procedimento seletivo de chamamento público, voltado a selecionar a OSC que torne mais eficaz a execução do objeto da parceria.

O chamamento público consiste em procedimento destinado a selecionar uma Organização Sociedade Civil para firmar parceria, por meio de termo de colaboração ou de fomento, no qual se garanta a observância aos princípios da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (art. 2º, XII).

Cumprido destacar que a exigência de realizar prévio chamamento público não alcança a celebração de acordos de cooperação. Considerando que o acordo de cooperação não envolve a transferência de recursos públicos à OSC, justifica-se conferir maior flexibilidade na escolha do parceiro pelo Poder Público quando da celebração de parceria nessa modalidade.

colaboração e de fomento, é obrigatória a prestação de contas ao término de cada exercício para parcerias cuja duração exceda um ano, conforme o art. 49.

A prestação de contas é definida pelo art. 2º, XIV, como procedimento em que se analisa e se avalia a execução da parceria, pelo qual seja possível verificar o cumprimento do objeto da parceria e o alcance das metas e dos resultados previstos, compreendendo duas fases: (i) apresentação das contas, de responsabilidade da Organização Sociedade Civil e (ii) análise e manifestação conclusiva das contas, de responsabilidade do Poder Público, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle.

Ademais, o Poder Público deverá promover as atividades de monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto pactuado. Para tanto, emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria e o submeterá à comissão de monitoramento e avaliação designada, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela OSC (art. 59).

A comissão de monitoramento e avaliação é definida pelo art. 2º, XI, como órgão colegiado destinado a monitorar e avaliar as parcerias celebradas com OSCs mediante termo de colaboração ou termo de fomento, constituído por ato publicado em meio oficial de comunicação, assegurada a participação de pelo menos um servidor ocupante de cargo efetivo ou emprego permanente do quadro de pessoal do Poder Público.

O Poder Público deverá, ainda, designar gestor para parcerias celebradas mediante termo de colaboração ou termo de fomento, por meio de

ato publicado em meio oficial de comunicação, com poderes de controle e fiscalização da parceria, nos termos do art. 2º VI.

Configuram obrigações do gestor (i) acompanhar e fiscalizar a execução da parceria; (ii) informar ao seu superior hierárquico a existência de fatos que comprometam ou possam comprometer as atividades ou metas da parceria e de indícios de irregularidades na gestão dos recursos, bem como as providências adotadas ou que serão adotadas para sanar os problemas detectados; (iii) emitir parecer técnico conclusivo de análise da prestação de contas final, levando em

consideração o conteúdo do relatório técnico de monitoramento e avaliação; (iv) disponibilizar materiais e equipamentos tecnológicos necessários às atividades de monitoramento e avaliação (art. 61).

Por fim, importa destacar que os entes da federação, no exercício de suas atribuições, poderão editar regulamento sobre a qualificação de Organização Sociedade Civil e a celebração de termos de colaboração, termos de fomento e acordos de cooperação em sua esfera de competência, observada a disciplina geral consubstanciada na Lei 13.019/2014.

Lei 11.079/2004: Concessão Administrativa

A Lei de PPP instituiu no ordenamento jurídico pátrio a figura da concessão administrativa, como modalidade de PPP. A concessão administrativa consiste em contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens, sendo o concessionário selecionado por meio de licitação na modalidade de concorrência e remunerado, primordialmente, pelo pagamento de contraprestação pecuniária pelo poder concedente.

Tendo em vista que a realização dos pagamentos (de maneira tempestiva e nos montantes devidos) é fundamental para a sustentabilidade econômico-financeira dos empreendimentos concedidos com base na Lei de PPP, há a admissão legal de que as obrigações pecuniárias contraídas pela Administração Pública em contrato de PPP sejam garantidas mediante uma série de mecanismos legais, que vão desde a instituição

ou utilização de fundos especiais previstos em lei até garantias prestadas por fundo garantidor ou empresa estatal criada para essa finalidade (art. 8º).

A Lei de PPP dispõe também que o prazo de um contrato de PPP não pode ser inferior cinco, nem superior a 35 anos (art. 5º, I), assim como o valor do contrato não pode ser inferior a R\$ 20 milhões (art. 2º, § 4º, I). Adicionalmente, prevê a possibilidade de o parceiro público realizar aporte de recursos em favor do parceiro privado para a realização de obras e aquisição de bens reversíveis (art. 6º, § 2º) e a possibilidade de pagamento ao parceiro privado de remuneração variável vinculada ao seu desempenho (art. 6º, § 1º).

Os precedentes de concessões administrativas contratadas no setor de saúde compreendem, primordialmente, a outorga da prestação de serviços de construção, manutenção e gestão de hospital, fornecimento de equipamentos médico-hospitalares e mobiliário a hospital, bem como atividades acessórias de limpeza,

lavanderia, segurança, etc.

Em outras palavras, a experiência do setor revela que, em geral, o objeto da concessão administrativa de serviços de saúde abrange apenas os serviços não assistenciais (também denominados “bata cinza”), não alcançando os serviços de assistência à saúde (também denominados “bata branca”).

A título de exemplo, destacam-se a PPP dos Complexos Hospitalares do Estado de São Paulo, do ano de 2014, referente à concessão administrativa para a construção, fornecimento de equipamentos, manutenção e gestão dos serviços não assistenciais em Complexos Hospitalares no Estado de São Paulo, compreendendo o Hospital Estadual de Sorocaba o Hospital Estadual de São José dos Campos e o Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher, e a PPP do Hospital Metropolitano do Município de Belo Horizonte, do ano de 2012, referente à concessão administrativa para a execução de obras e prestação de serviços de apoio não assistenciais ao Hospital Metropolitano de Belo Horizonte.

Em contrapartida, veja-se, como exceção, a PPP do Hospital do Subúrbio do Estado da Bahia, do ano de 2010, referente à concessão administrativa do serviço público de gestão e operação do Hospital do Subúrbio, incluindo a prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos Clientes, no âmbito do SUS; a aquisição, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos e hospitalares; a

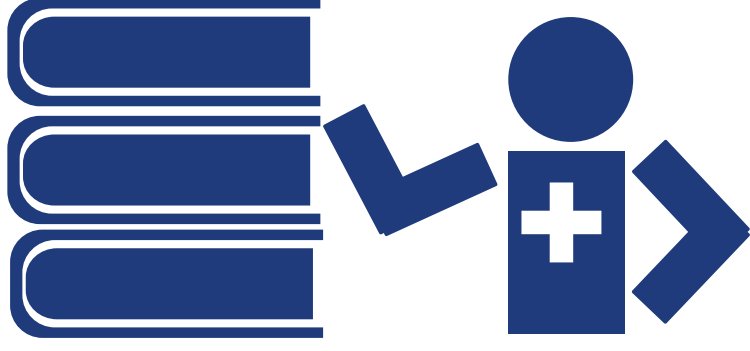
aquisição, operação, manutenção e reposição de mobiliários e equipamentos médico-hospitalares; a contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação da Unidade Hospitalar; dentre outros.

Entende-se por assistência à saúde, nos termos do item 3 da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/96, a execução de atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar. Pela via inversa, os serviços não assistenciais compreendem todas as atividades acessórias ao atendimento médico assistencial.

Sendo assim, a prestação de serviços médicos, propriamente, em hospitais cuja construção e/ou gestão tenha sido delegada à iniciativa privada mediante concessão administrativa, comumente permanece sob responsabilidade do SUS, muito embora não haja vedação legal para que integrem o escopo de contrato de concessão administrativa.⁴¹

É possível cogitar, por fim, a adoção de modelo híbrido para a participação da iniciativa privada na execução de atividades e serviços de saúde, compreendendo a delegação de serviços de saúde não assistenciais por meio da concessão administrativa e da celebração de ajuste com entidade do terceiro setor para a prestação do serviço de assistência à saúde.

³⁷Para maior detalhamento sobre PPPs na área da saúde e, especificamente, sobre os projetos da Rede de Atenção Básica à Saúde de Belo Horizonte e do Hospital do Subúrbio de Salvador: SAADI, Mário; SANT'ANNA, Lucas. PPPs na área da saúde – A Rede de Atenção Básica de Belo Horizonte e o Hospital do Subúrbio de Salvador. In: DAL POZZO, Augusto Neves et al. (org.). *Parcerias público-privadas: teoria geral e aplicação nos setores de infraestrutura*. Belo Horizonte: Fórum, 2014. p. 371-380.



MODELOS DE GESTÃO MUNICIPAL PARA A SAÚDE



Modelos de Gestão Municipal para a Saúde

As Secretarias Municipais de Saúde têm como missão gerir e prover os serviços de qualidade para a população, mantendo a sua universalidade de acesso e democratização. Para viabilizar o desenvolvimento de ações de saúde, os gestores públicos precisam administrar os recursos de forma que garantam

uma maior eficiência nos atendimentos realizados.

Com o intuito de descrever os modelos de gestão disponíveis para a saúde na esfera municipal, este capítulo foi desenvolvido pelo especialista em saúde Januário Montone⁴².

Saúde e poder público municipal

Segundo uma pesquisa do DataFolha/CFM de 2015, indicou que 60% dos brasileiros avaliam a Saúde como Ruim/Péssima e também consideram 54% o atendimento SUS ruim/péssimo.⁴³

Outra pesquisa, agora IBOPE, de agosto de 2016, mostrou que Saúde é o principal problema nas 26 capitais brasileiras, variando de 32% em Recife a 62% em Cuiabá. Em São Paulo e o Rio de Janeiro esse percentual alcança 54%.⁴⁴

A gestão do SUS é feita pelas três esferas de governo, mas o município é o grande prestador de serviços, pois é a porta de entrada no sistema através da rede básica de saúde e do atendimento de urgência e emergência; é no município que as carências do sistema se materializam para o cidadão que busca atendimento. Também serão os municípios os mais afetados pelo forte ajuste fiscal em andamento, com possível estagnação das transferências federais e dos serviços prestados pelos estados na média e alta complexidade.

Esfera	Fonte de Financiamento	
	%União	%Próprios
Estados + DF	26%	74%
Municípios	41%	59%

Figura 1 - Fonte de Financiamento dos gastos em Saúde (Fonte: SIOPS/MS)

⁴²Foi Secretário Municipal da Saúde de São Paulo (2007 a 2012) e de Gestão (2005 a 2007). Na administração pública há mais de vinte anos, participou do processo de regulação do setor de saúde suplementar e da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), da qual foi o primeiro diretor-presidente (1999 a 2003). Presidiu a Fundação Nacional de Saúde – Funasa (1997 a 1999), foi diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e consultor da UNESCO e do Banco Mundial. É autor de “Planos de Saúde, passado e futuro” (editora Medbook, 2009). Hoje atua como palestrante, Consultor de Projetos da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas e Sócio-Diretor da consultoria Monitor Saúde, além de liderar a organização do Instituto INOVA Saúde dedicado a incentivar a integração do SUS e da Saúde Suplementar.⁴³Opinião dos Brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde – DataFolha e CFM – setembro de 2015

⁴⁴Fonte: IBOPE – Blog Eleições 2016 – Eleição em Números em 04/09/2016. Em outras pesquisas Ibope a área da Saúde também aparece como principal preocupação: Santos, São José dos Campos, Juiz de Fora, Juazeiro do Norte, Araraquara, Ribeirão Preto, Campinas, Londrina, Sorocaba, feira de Santana, São Carlos e Uberlândia.

Na Figura 1 podemos verificar que 41% dos gastos em saúde nos municípios, em 2015, vieram de transferências federais. O impacto potencial de um ajuste econômico-financeiro sem revisão do modelo de gestão do SUS pode ser avaliado na Figura 2 (abaixo). As despesas com pessoal nos municípios atingem 44,96% do total de despesas com saúde. Numa avaliação superficial podemos dizer que os recursos

próprios dos municípios financiam apenas 14% das despesas, excluindo pessoal (59% - 45%), o restante é financiado pela União. Como as despesas com pessoal do serviço público são praticamente incompressíveis o efeito pode ser ainda mais perverso na qualidade da prestação de serviços, com drástica redução das despesas de custeio e de investimento.

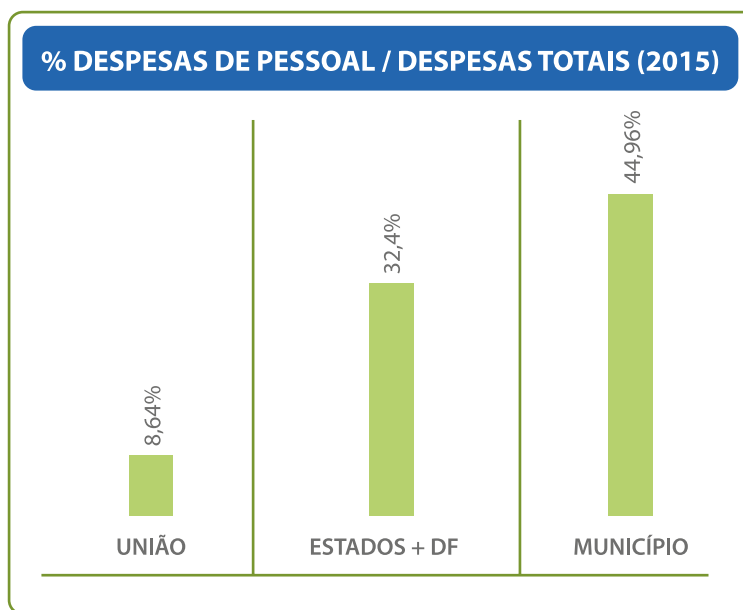


Figura 2 – Despesas com Pessoal sobre Despesas Totais em Saúde nas três esferas - 2015 (Fonte: SIOPS/MS)

Melhorar a qualidade do gasto, aumentar a produtividade e integrar as políticas públicas referentes aos determinantes sociais da saúde, em breve, serão medidas indispensáveis ao gestor público municipal na área da saúde.



Figura 3 - Determinantes Sociais da Saúde - modelo de Dahlgren e Whitehead

Mais do que nunca será indispensável trabalhar com a visão de que saúde é resultado de um conjunto de fatores e não exclusivamente das chamadas ações de serviços de saúde.

Ativismo Governamental

A ação de governar exige foco e determinação para obtenção de resultados palpáveis num tempo que é muito curto quando olhado com cuidado. Uma gestão de quatro anos pode contar com pouco mais de 1.000 dias úteis. Na área de Saúde, e em outras áreas da administração municipal, os

serviços são prestados também aos finais de semana e feriados. A atuação política dos dirigentes municipais, da mesma forma, não se limita aos dias úteis, mas a máquina pública se move e, quando se move, são nos dias úteis. Nas três esferas de governo.

Período	Dias Úteis
2009 a 2012	1.015
2012 a 2016	1.019
2017 a 2020	1.015

Figura 4 - Dias úteis por ano

O Prefeito deve ter em mente que quando alguém lhe pede duas semanas de prazo (10 dias úteis) para um projeto qualquer, ele está lhe pedindo 1% do seu mandato. Isso se não descontarmos os dias de mandato pós-eleições (outubro, novembro e dezembro do último ano do mandato), nem as restrições do período eleitoral (abril a setembro antes das eleições), ou as restrições na atuação dos Governos Estaduais bem no meio do mandato municipal (restrições para transferências de recursos, mudanças de interlocutores e outros ajustes decorrentes das eleições estaduais e nacionais). Em resumo, o tempo é muito curto e deve ser considerado um insumo essencial cujo desperdício é fatal para o sucesso da administração.

Essa condição está mais presente do que nunca neste período que atravessamos de aumento da pressão social por melhoria dos serviços públicos e escassez de recursos não apenas financeiros, mas de instrumentos adequados de gestão.

O administrador municipal, parcela do estado

mais próxima e ao alcance da revolta popular, é o mais pressionado por essa conjuntura e não consegue escapar de diretrizes básicas de gestão em momentos de crise:

- Aumentar as receitas sem aumentar os impostos, modernizando os instrumentos de arrecadação e fiscalização, com uso intensivo de TI (Tecnologia da Informação);
- Reduzir os gastos sem comprometer a qualidade e as necessidades de expansão dos serviços, modernizando não apenas os instrumentos de gestão, mas o próprio modelo de gestão adotado, com informatização intensiva, gerenciamento das despesas e novos modelos de prestação e contratação de serviços;
- Em resumo, fazer mais e melhor com os mesmos recursos, ou com menos.

A esfera municipal talvez seja a que mais depende da aplicação incansável dos preceitos do Ativismo Governamental ⁴⁵, expressão do empreendedorismo para o setor público.



⁴⁵ Januario Montone, Palestras "Parcerias com Organizações Sociais da Saúde, o SUS que funciona", VII Congresso de Municípios do Noroeste Paulista, São Paulo, 2013 e "Ativismo Governamental", CLP - Centro de Liderança Pública, Seminário "Liderança e Gestão Municipal – Saúde", São Paulo, 2013.

Modelos de Gestão Municipal para a Saúde



O Ativismo Governamental consiste em construir um círculo virtuoso:

- Trabalho: as coisas não acontecem do nada, elas resultam de muito esforço e dedicação.
- Competência: saber fazer, saber transformar ideias em realidades.
- Austeridade: é preciso fazer valer cada real de dinheiro público revertendo a imagem de que dinheiro público não é de ninguém e reforçando a visão de que é de todos.
- Criatividade: a busca incessante de novas soluções para novos e velhos problemas.
- Parceria: não reinventar a roda nem insistir em fazer o que outros podem fazer melhor.

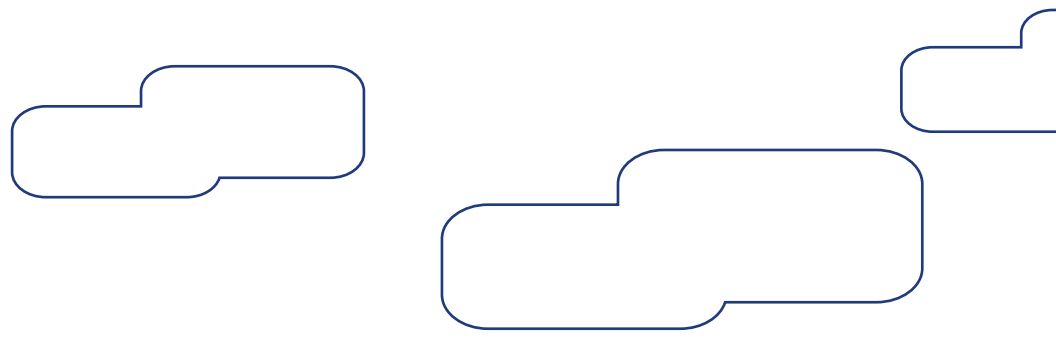
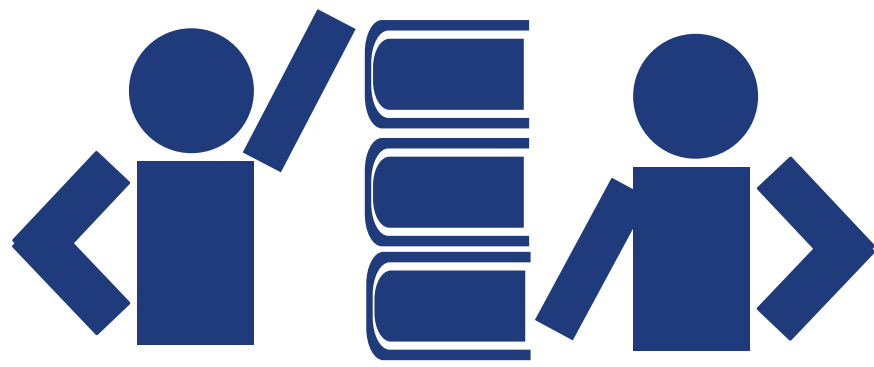
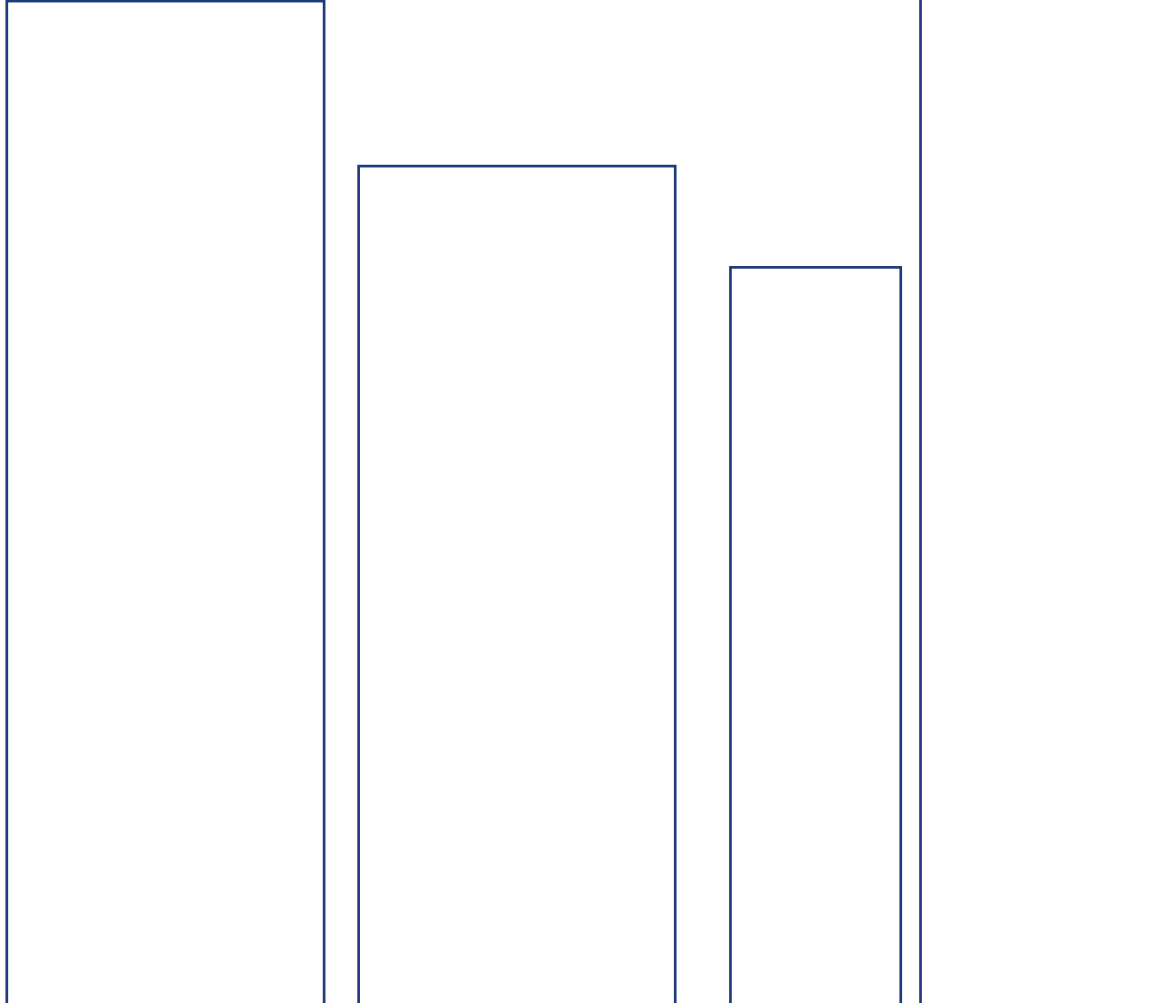
O empreendedorismo no setor público é mais complexo que no setor privado. Devemos lembrar que, no setor privado, o empreendedor pode fazer qualquer coisa que não esteja proibida por lei. Já o empreendedor público só pode fazer o que a lei determina ou permite. Além disso, na área privada o corpo dirigente é fixo (os proprietários) e o corpo funcional pode variar (os empregados). No setor

público o corpo funcional (os servidores) é fixo e o corpo gerencial é variável.

Para o gestor (prefeito e equipe dirigente) cada dia é um dia a menos no seu período de gestão. Para o corpo funcional cada dia é apenas um dia a mais.

Costuma-se afirmar que o empreendedor de sucesso é aquele que consegue “pensar fora da caixa” não limitando sua criatividade ao que é usual. O empreendedor público tem que pensar fora da caixa duas vezes: para encontrar uma solução e implantá-la dentro dos parâmetros da legislação. Até porque mudar a legislação para o gestor municipal, na maioria das vezes, está fora do seu alcance, dependendo de regulamentação federal.

Daí a imensa importância de não insistir em posturas como “reinventar a roda”. Copiar as soluções bem-sucedidas é vital, assim como não “insistir em fazer o que outros podem fazer melhor”.



MODELOS DE GESTÃO PÚBLICOS



O atual modelo de gestão pública foi definido pela Constituição Federal de 1988 e marcou um enorme avanço nos direitos sociais dos cidadãos, mas em contrapartida, gerou um certo retrocesso no modelo de gestão do Estado. O Brasil fazia uma transição do modelo gerencial burocrático (com foco no controle dos processos) para o modelo gerencial (com foco nos resultados). Essa transição foi não apenas interrompida, como houve um forte recuo com a implantação do regime jurídico único e da equiparação da Administração Direta e indireta nos seus regimes administrativos de operação (contratação de pessoal, regime jurídico, regime de compras e contratação de obras e serviços).

Na área da saúde, especificamente, isso

significou a transformação de centenas de milhares de trabalhadores da saúde em servidores públicos estáveis alterando totalmente as condições de prestação de serviços. Uma área em que a prontidão é essencial não convive bem com um modelo que prioriza o processo, o como fazer, e não o que deve ser feito e seu resultado.

O Plano Diretor de Reforma do aparelho de Estado, de 1995, buscou reverter essa situação, estabelecendo novos padrões para a propriedade estatal e seus modelos de gestão. O plano fez uma distinção entre quatro setores do estado: **Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas, Serviços Não Exclusivos e Produção de bens e Serviços para o Mercado.**

SETOR	CONCEITO	MODELO DE ADMINISTRAÇÃO	TIPO DE PROPRIEDADE
Núcleo Estratégico	É o governo em sentido lato. Corresponde ao Poder Legislativo, Judiciário, Ministério Público e, no Poder Executivo, ao Presidente e seus Ministros, auxiliares e assessores diretos responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas.	Misto de administração burocrática e gerencial	Obrigatoriamente estatal
Atividades Exclusivas	Ações em que se exerce o poder do estado de regulamentar, fiscalizar, fomentar, como a cobrança e fiscalização de impostos, polícia, o cumprimento das normas sanitárias e outros.	Gerencial	Necessariamente estatal
Serviços Não Exclusivos	Estado atua simultaneamente com organizações públicas não-estatais e privadas, como na saúde e educação.	Necessariamente gerencial	Pública não-estatal
Produção de bens e Serviços para o mercado	Área de atuação das empresas com produção voltada para o mercado e para o lucro.	Necessariamente gerencial	A regra deve ser a propriedade privada com regulamentação estatal da atividade econômica

Figura 5 - Modelos de Gestão por Setores do Estado (1995 - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado)

Dessa estrutura conceitual derivam o processo de privatização (vendas e concessões) e a regulação dos setores privatizados através de agências reguladoras, a legislação das parcerias público-privadas e a legislação das parcerias com organizações sociais.

A partir de 2003 houve um recrudescimento da postura estatizante como diretriz de Estado que não se completou inteiramente, mas impediu maiores avanços na modernização do aparelho de estado. O exemplo mais extremado no setor da Saúde foi incluir na Constituição a transformação dos agentes

comunitários de saúde como carreiras do serviço público.

A partir de 2008 houve uma retomada do processo de concessões e, mais recentemente, o anúncio de um novo programa de desestatização.

Na Saúde o modelo de parceria com Organizações Sociais teve notável expansão apesar da insegurança jurídica que imperou até meados de 2015 quando o STF concluiu pela constitucionalidade do modelo.

Modelos Tradicionais

A maioria do setor público de Saúde está organizada a partir dos modelos tradicionais de Administração Direta e Indireta. Na Administração Indireta tem surgido ainda timidamente duas alternativas inovadoras: as fundações públicas de direito privado e as empresas públicas.

Administração Direta

É o conjunto de órgãos da administração que responde diretamente ao Chefe do Poder Executivo. Os órgãos não têm personalidade jurídica própria, integrando a personalidade jurídica da administração e são regidos integralmente pelo regime jurídico de direito público que incide sobre a “gestão administrativa, inclusive nas dimensões patrimonial, orçamentária, financeira, fiscal, de pessoal, de contratação de obras, serviços e compras e alienações de seus órgãos, de responsabilização e controle”⁴⁶

Sua estrutura, inclusive de pessoal, é criada por lei, podendo ser alterada por decreto

autônomo do executivo quando não houver criação ou extinção de cargos. O regime de pessoal é o Regime Jurídico Único estabelecido, majoritariamente estatutário, com cargos e carreiras criados por lei e providos por concurso público, além de estabilidade após cumprimento do estágio probatório de dois anos.

A administração orçamentária é regida por leis definidas na Constituição Federal (art. 165): Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. Fica sujeita ainda à Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000).

⁴⁶Alternativa de Gerência de Unidades Públicas de Saúde – CONASS, 2015



A LRF estabelece um limite de 60% da Receita Corrente Líquida para as despesas de pessoal nos governos municipais (6% para o Poder Legislativo e 54% para o Poder Executivo) o que tem criado sérios entraves ao crescimento dos serviços de saúde nos moldes tradicionais. As compras e contratos são regidos pela Constituição Federal (art. 37, XXI) e lei nº 8.666/1993.

Na área de Saúde deve-se, obrigatoriamente, ser o modelo do nível central (Secretaria) das unidades de planejamento, controle e avaliação das políticas públicas setoriais, das unidades de planejamento e controle

administrativo e orçamentário e das unidades responsáveis pelas ações de fiscalização e controle, em especial a sanitária, epidemiológica e ambiental. Essas atribuições formam o Núcleo Estratégico e as Atividades Exclusivas.

A execução das ações e dos serviços de saúde pode ser feita por unidade própria da administração direta ou indireta, pela contratualização com entidades sem fins lucrativos e pela contratação de serviços privados. Elas têm a característica de Ações Não Exclusivas do Estado.

Administração Indireta de Direito Público

“A administração indireta é composta por entidades administrativas, dotadas de personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, criadas mediante lei específica, para o exercício de finalidade e competências descentralizadas.”⁴⁷

As entidades da administração indireta de direito público podem exercer atividades privativas do estado descentralizadas, como as de fiscalização e poder de polícia sanitária, vedadas às entidades de direito privado, com ou sem fins lucrativos.

A partir da Constituição de 1988 praticamente inexistem diferenças entre as regras que regem a administração direta

e a indireta de direito público, em seus aspectos de administração orçamentária, financeira e de pessoal, regime de compras e contratações e outras.

Autarquia:

“Serviço autônomo criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita própria para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram para seu melhor funcionamento gestão administrativa e financeira descentralizada.”⁴⁸

Fundação Pública de Direito Público:

São chamadas de fundações autárquicas porque em nada diferem das autarquias.

“Seu regime jurídico administrativo, de pessoal, patrimonial, orçamentário, financeiro, fiscal e tributário é o mesmo das autarquias”⁴⁹. A diferença é que podem ser instituídas para exercer atividades privativas do poder público ou não.

Ambas são financiadas exclusivamente com recursos orçamentários. Elas ficaram praticamente equiparadas às Fundações Públicas de Direito Público e às Autarquias, exceto as especiais (como as Agências Reguladoras e Executivas) e as associativas

(como os consórcios públicos).

Sob a ótica gerencial, embora dotadas teoricamente de autonomia administrativa e financeira esses órgãos da administração indireta estão totalmente integrados com a administração direta, submetida aos mesmos ditames legais (inclusive de pessoal, compras e contratação de serviços e obras) e integradas ao planejamento orçamentário e financeiro, bem como aos seus limites estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Modelos Públicos Alternativos (**Administração Indireta de Direito Privado**)

Mesmo cercado de certa insegurança jurídica alguns estados e municípios tem se valido de entidades públicas de direito privado, que mesmo submetidas ao ordenamento jurídico geral do setor público tem maior flexibilidade administrativa. Pode, por exemplo, adotar

a contratação de pessoal pelo regime da CLT, através de processo seletivo público, equivalente ao concurso, porém sem as prerrogativas previdenciárias e de estabilidade dos servidores públicos, excluída a possibilidade de demissão imotivada.

Fundação Pública de Direito Privado (ou Fundação Estatal)

“É uma estrutura pública, dotada de personalidade jurídica própria, criada em virtude de autorização legislativa para o desenvolvimento de atividades não privativas de estado na área social. São dotadas de autonomia administrativa e financeira, patrimônio próprio, gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos do tesouro público e/ou outras fontes”⁵¹

⁴⁹Idem.

⁵⁰Idem.

⁵¹Idem.



Empresa Pública

É uma pessoa jurídica de direito privado, criada por autorização legislativa específica e de acordo com os procedimentos do Código Civil, financeiramente dependente da administração pública que a instituiu para o exercício de atividades não privativas do estado.

Os dois modelos têm maior liberdade para fixação de sua estrutura administrativa e planos de cargos e carreiras, embora submetidos ao Teto de Remuneração do poder público. Em alguns casos depende de ato próprio, em outros de decreto do Executivo, dependendo da lei que autorizou sua criação.

Estão submetidos ao regime de compras e contratação do poder público, em especial à lei nº 8.666/93, porém sua maior flexibilidade administrativa permite maior eficácia e efetividade nos processos, embora não os garanta, é claro.

O modelo de fundação estatal é o mais controverso no momento pela não regulamentação do art. 37, XIX da Constituição Federal. O Projeto de Lei

Complementar n. 92/2007 ainda aguarda votação no Congresso Nacional. Muitos estados e municípios tem adotado o entendimento de que o Decreto-Lei nº 200/1967, que instituiu a figura jurídica da fundação pública de direito privado, está em vigor e, portanto, validando as leis que autorizam sua criação.

Do ponto de vista estritamente gerencial, deve-se avaliar a relação custo-benefício dessas estruturas que, mesmo tendo um maior potencial de desempenho em relação aos órgãos tradicionais da administração pública – direta e indireta – mantém sua característica de entidades públicas, dependentes do orçamento público, porém com autonomia muito maior na alocação dos seus recursos.

Parcerias Público-Público

As parcerias são tão tradicionais quanto indispensáveis no setor de saúde por suas próprias características. Parcerias com as universidades na formação de recursos humanos, com entidades filantrópicas no atendimento da população desassistida antes da implantação do SUS e que continuam parte importante nos provedores de serviços para o sistema público, parceria entre as esferas federativas, principalmente após a Constituição de 1988 que estabeleceu a

saúde como direito de todos e dever do Estado em suas três esferas, a União, os Estados e o Distrito Federal e os Municípios.

O conteúdo e o formato dessas parcerias vêm evoluindo e se adaptando aos novos desafios. Vamos explorar essas vertentes mais recentes no próximo capítulo. Aqui vamos abordar as parcerias entre as esferas da federação, entre municípios e entre os órgãos da própria administração.

Intergovernamentais (SUS – União/Estados)

Praticamente todo arcabouço regulatório do SUS trata de estabelecer as relações, obrigações e responsabilidades das três esferas de governo: União, Estados/DF e Municípios.

Desde a Lei Orgânica do SUS, lei nº 8.080/1990 e sua regulamentação posterior tem como foco a articulação entre as esferas e a integração no financiamento e na prestação de serviços. As Normas Operacionais buscam garantir, entre outras coisas, a integralidade da atenção à saúde articulando as ações

da Atenção Básica, integralmente de responsabilidade dos municípios, com as ações e serviços de média e alta complexidade a cargo dos estados e dos municípios de maior porte.

A União, representada pelo Ministério da Saúde, exerce o papel de estabelecer as diretrizes e executar as ações estratégicas do setor, liderar a regulação e fiscalizar o seu funcionamento e participar do seu financiamento.

Alguns pontos-chaves na relação União, Estados/DF e Municípios:

Fixação do Teto Financeiro: a União estabelece antecipadamente o máximo de produção de serviços dos quais ele vai participar do financiamento em cada Estado e em cada cidade, em articulação com os estados. Mesmo que a rede municipal tenha um atendimento muito maior que o previsto, nenhum valor adicional será pago por ela. Isso, além do fato de que todas as unidades têm que ser registradas e habilitadas pelo Ministério para entrarem antes de qualquer recebimento. Essa deve ser uma ação constante do gestor: registrar suas unidades e serviços no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, solicitar a habilitação junto ao Ministério da Saúde, registrar toda a produção, manter um histórico atualizado da produção não paga (acima do Teto).



Programação Pactuada Integrada: liderada pelos estados e que deve estabelecer a relação entre os serviços disponíveis nas redes municipais e na rede estadual e federal. O atendimento em saúde exige escala, daí que a maioria dos municípios necessita acessar os serviços disponíveis em municípios vizinhos de maior porte para garantir a integralidade da linha de cuidados. Basta lembrar as internações hospitalares disponíveis apenas nos municípios médios e grandes por motivos de economicidade. A PPI define o acesso ao conjunto da rede pública de cada região.

Centrais de Regulação de Vagas: a integralidade dos cuidados projetada na PPI se materializa através das Centrais de Regulação que gerenciam as vagas existentes dos serviços de média e alta complexidade, encaminhando os pacientes para o atendimento efetivo. A inexistência ou o mau funcionamento das Centrais de Regulação é uma das falhas mais gritantes do SUS e deve ser um foco de atenção dos gestores, tanto dos municípios que necessitam de serviços de parceiros regionais, quanto dos que prestam serviços aos municípios de sua região e de ambos em relação aos serviços sob gestão estadual.

As transferências de recursos são feitas em quatro modalidades básicas:

Fundo a Fundo: são transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais a partir de critérios pré-estabelecidos, como o Piso da Atenção Básica, que transfere um valor fixo (R\$ 65,00 em 2015) por habitante/ano para cada um dos 5.570 municípios brasileiros;

Por prestação de serviços contratados: para pagamento dos prestadores de serviços contratados para complementar as redes municipais;

Por prestação de serviços próprios: para pagamento dos serviços prestados ao SUS por unidades próprias do município;

Por programas: adesão do município a programas federais como a Estratégia de Saúde da Família e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

As transferências por serviços prestados (pela rede própria ou contratada) estão limitadas pelo Teto Financeiro e em geral produzem altos *déficits* para os municípios, principalmente em relação aos serviços hospitalares.

A adesão aos programas federais deve ser avaliada numa ótica de custo-benefício. A implantação de uma unidade de pronto atendimento nos moldes federais pode custar muito mais caro ao município do que

adotar um modelo próprio como o mesmo objetivo.

Os programas federais têm normas pré-fixadas de funcionamento obrigatórias para quem aderir. A instalação de uma UPA, por exemplo, exige a construção de uma unidade, de cujo financiamento o Ministério da Saúde participa, mas que pode não ser a solução mais adequada ao município. O mesmo ocorre com as exigências operacionais como horário de funcionamento, número de profissionais

médicos e outros que são padronizados e cujos custos estão longe e ser cobertos pela participação federal.

O importante é garantir o acesso da população a uma rede de pronto atendimento, o modelo pode ser do próprio município. Na cidade de São Paulo, a partir de 2005, foram implantadas as AMAs (Atendimento Médico Ambulatorial), a maioria delas com atendimento das 7às 19horas, de segunda a sábado, com três

clínicos gerais, dois pediatras e equipes. Com capacidade de atendimento de mais de seis mil consultas aomês elas desafogaram os prontos socorros e ampliaram significativamente o atendimento à população, sem a construção de novos prédios, apenas com ampliação e reforma de unidades existentes ou prédios alugados e adaptados. Sem qualquer incentivo federal, elas receberam do SUS apenas o equivalente aos serviços prestados.

Intragovernamentais (entre secretarias)

A integração entre as diversas secretarias e os órgãos que compõem a administração municipal é essencial para a efetividade dos serviços de saúde e da administração como um todo.

A parceria horizontal na administração deve ser buscada, seja por mecanismos informais e/ou formais de aproximação dos dirigentes, como as Reuniões de Equipe Dirigente ou de Secretariado, seja por instrumentos institucionais, como Câmaras Setoriais.

A estrutura tradicional leva a uma fragmentação do cidadão por áreas de especialidades (saúde, educação, assistência

social, lazer, cultura, esporte, etc.), fragmentação do espaço urbano e seus especialistas (planejamento urbano, obras, serviços públicos, transporte, iluminação, etc.) e fragmentação das áreas de suporte (jurídico, finanças, orçamento, recursos humanos e logística).

Na área de saúde e na área social em geral, a integração produz melhor qualidade de todos os serviços e pode gerar programas de alto impacto como atendimento de saúde nas escolas, integração dos serviços para os idosos envolvendo saúde, assistência social, lazer, esporte e cultura.



Intermunicipais (consórcios)

Os consórcios intermunicipais se constituem, formalmente, como parte da administração indireta em forma de associação pública, mas são exemplos importantes de parceria entre entes autônomos. Regidos pela Lei dos Consórcios Públicos (Lei n. 11.107/2005), seu regulamento (Decreto nº 6.017/07) e pelo Código Civil (Lei nº 10.406/2002, art.41, inciso IV) são “constituídos por Entes federados para o exercício compartilhado de atividades administrativas ou de serviço público de natureza privativa”.⁵² Na área de saúde o consórcio regional é uma excelente ferramenta de integração e otimização dos recursos disponíveis.

“Os Consórcios Regionais de Saúde⁵³ são acordos entre municípios, com o intuito de gerar um sistema de cooperação mútua, melhorando a oferta de serviços”. Seus objetivos são:

- ampliar a oferta de serviços de saúde e de especialidades médicas;

- melhorar o acesso da população;
- organizar a referência ambulatorial e hospitalar;
- promover investimentos em infraestrutura, equipamentos e insumos.

Esse modelo é encontrado em grande parte dos estados, sendo que em Minas Gerais ele apresenta grande representatividade, com 64 consórcios ativos e mais de 662 municípios atendidos, beneficiando mais de 11 milhões de pessoas.

Os municípios de pequeno porte, com até 10.000 habitantes, são os mais beneficiados pelos Consórcios Regionais. Isso ocorre porque o investimento em saúde necessita de um número mínimo de pessoas para que o recurso seja eficaz. Assim sendo, os municípios pequenos constituem a maior parte dos consorciados, como demonstrado a seguir:

Tamanho da população do município	Total de Municípios por Faixa	Nº de municípios consorciados	% de consorciados sobre o total
até 5.000	1.303	651	50,0%
de 5.001 a 10.000	1.212	550	45,4%
de 10.001 a 20.000	1.400	542	38,7%
de 20.001 a 50.000	1.043	354	33,9%
até 50.001 a 100.000	324	117	36,1%
de 100.001 a 500.000	245	64	27,3%
mais de 500.000	38	7	18,4%
Total	5.565	2.288	41,1%

Fonte: Elaboração da ANAHP a partir de dados do IBGE/2009

Figura 6 - Consórcios Regionais de Saúde - Livro Branco - ANAHP - 2015



MODELOS COMPARTILHADOS COM A INICIATIVA PRIVADA

Modelos Compartilhados com a Iniciativa Privada



A iniciativa privada tem forte presença no setor saúde, seja como provedora de serviços (em 2013, 75% dos tomógrafos e 85% dos equipamentos de ressonância magnética disponíveis ao SUS eram privados), seja como operadora do setor de saúde suplementar - que atende quase 50 milhões de pessoas.

As parcerias com entidades sem fins lucrativos, seja na modalidade de Convênio ou de Termo de Parceria⁵⁴ também são de ampla utilização no setor, mobilizando recursos de universidades, institutos de ensino e pesquisa, organizações não governamentais e outras entidades especializadas. São modalidades de gerenciamento compartilhado de ações e

programas de saúde. É importante lembrar que a “gestão” é sempre e exclusivamente do gestor público em cada esfera (União, Estados/DF e Municípios).

O que vem crescendo no setor de saúde são os modelos de parceria com a iniciativa privada, seja com as entidades em fins lucrativos, tradicionais provedoras de serviços ao SUS, seja com empreendedores privados organizados em consórcios, para a transferência completa do gerenciamento de unidades e serviços de saúde, que continuam sob gestão pública e de acesso exclusivo ao atendimento

Parcerias Público-Terceiro Setor – Organizações Sociais

Histórico

O Modelo de Organizações Sociais surgiu em 1995, no âmbito do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, que reintroduziu o tema da modernização gerencial da máquina estatal para contornar o engessamento da gestão pública produzido pela Constituição Federal de 1988. A Administração Pública, que caminhava para um modelo gerencial recuou para o modelo burocrático, um resultado certamente indesejado da luta pela redemocratização, enfraquecendo os instrumentos de gestão do Poder Executivo.

Entre os objetivos globais do Plano Diretor (1995, pág. 56) estava o de “limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando em princípio, os serviços não-exclusivos para a propriedade pública não estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado para a iniciativa privada”.

O processo de privatização, ou seja, a transferência para a iniciativa privada das atividades de produção de bens e serviços para o mercado, já se desenvolvia desde os anos 80 com o Programa Nacional de

Desestatização, porém, teve seu foco ajustado para os serviços públicos. Implementado a partir da aprovação da lei nº 9.637/1988, as Organizações Sociais surgem como instrumento de Publicização das atividades não exclusivas, são as chamadas entidades públicas não estatais.

São entidades privadas sem fins lucrativos, integrantes do terceiro setor, qualificadas como Organizações Sociais após atenderem aos requisitos de lei específica e que, com tal, podem estabelecer parcerias com o poder público através de Contratos de Gestão em áreas de atuação não exclusiva do estado, como saúde, ensino, cultura, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico e proteção e preservação do meio ambiente.

O Modelo de Parceria com Organizações Sociais admite três formatos:

- **1º.** Extinção de um órgão público e sua absorção por uma Organização Social especialmente estruturada para esse fim com incentivo e participação do Poder Público;
- **2º.** Transferência do gerenciamento de um

órgão público ou equipamento público para em Organização Social especialmente estruturada para esse fim com incentivo e participação do Poder Público;

- **3º.** Transferência do gerenciamento de um órgão público, equipamento ou serviço público para uma entidade sem fins lucrativos já existente e com experiência comprovada na respectiva área de atuação que se qualifique como Organização Social junto ao Poder Público.

A contratualização com entidades já existentes da sociedade civil para apoio à execução das ações de órgãos públicos foi o modelo adotado majoritariamente na área de saúde e será objeto deste documento. Como parte essencial do modelo foi aprovada também a lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998, que incluiu no artigo 24 da lei nº 8.666/93, a Lei de Licitações, dispositivo fixando expressamente a dispensa de licitação na contratação com organizações sociais qualificadas por lei específica.

Insegurança Jurídica - ADIN (Ação Direta de Inconstitucionalidade)

No mesmo ano de aprovação das leis (1998) foi impetrada junto ao STF (pelo PT e PDT) uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) junto ao Supremo Tribunal Federal contra ambas, solicitando liminar para suspensão de sua vigência. A liminar foi negada⁵⁵, mas o STF só concluiu a votação de mérito em abril de 2015, reconhecendo por 9 votos a 2, a constitucionalidade do modelo de Organizações Sociais e a dispensa de

licitação para sua contratação pelo poder público. O STF estabeleceu um conjunto de recomendações para que sejam respeitados os princípios constitucionais da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (art. 37 da Constituição Federal), mesmo que as Organizações Sociais estejam dispensadas da exigência de concurso público para contratação de pessoal,

⁵⁵Mendonça de Barros (1998)

⁵⁶O Ministro Gilmar Mendes foi o relator.

Modelos Compartilhados com a Iniciativa Privada



adotem o regime da CLT nas contratações e não estejam sujeitas à lei n. 8.666/93 para compras e contratações de obras e serviços.

Permanece um resíduo de insegurança jurídica pela ação dos Tribunais de Contas e do Ministério Público que em muitos casos interpretavam o Contrato de Gestão como

um contrato comercial de terceirização de mão de obra e ainda não absorveram integralmente a decisão do STF em seus processos, mas agora é apenas questão de tempo para que a decisão seja universalizada na estrutura do Judiciário.

Em resumo:

- O marco legal conceitual do modelo é a Lei Federal nº 9.637/98;
- A forma de contratação é definida pela Lei Federal nº 9.648/98 que altera o artigo 24 da Lei nº 8.666.93 para permitir a dispensa de licitação;
- É obrigatório que haja uma lei específica do município que pretenda utilizar o modelo, com respeito ao marco legal conceitual e às recomendações do STF.

Estrutura do Modelo de Parceria com Organizações Sociais

Objetivo

Estabelecer parceria, através de Contrato de Gestão entre o Poder Público e Organização Social qualificada em lei específica, para o fomento e execução de atividades na área de Saúde.

Para os municípios essas atividades podem referir-se a:

- Unidades e serviços novos ou já existentes;
- Um equipamento de saúde específico: Hospital, Pronto Socorro, UPA etc.

• Um conjunto de equipamentos e serviços de uma região ou território da cidade: todas as Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Especialidades, UPAs, CAPS e Hospitais municipais de uma região da cidade;

- Um conjunto de equipamentos por tipo: todas as UPAs, todos os CAPS etc.;
- A execução de um serviço determinado: Diagnóstico por Imagem etc.

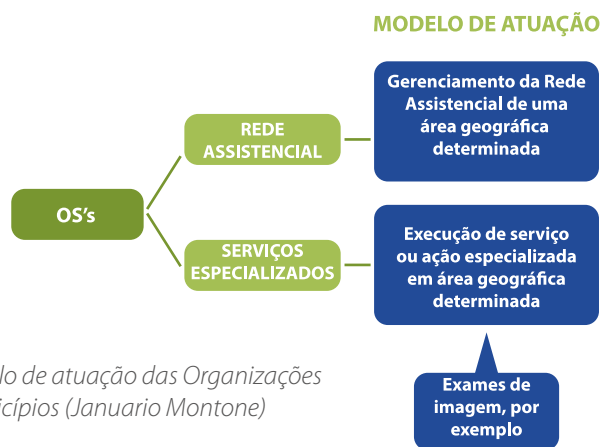


Figura 7 - Modelo de atuação das Organizações Sociais nos municípios (Januario Montone)

Qualificação como Organização Social

A qualificação e a contratualização (através de contrato de gestão) são momentos absolutamente distintos no processo de implantação.

A qualificação (na forma autorizada em lei específica) é feita pelo Poder Executivo apenas para autorizar a possibilidade de formalização de parceria entre a entidade e o estado, parceria que será materializada por um contrato de gestão. O Contrato de Gestão só pode ser firmado com Organizações Sociais devidamente qualificadas antes do Poder Executivo comunicar publicamente seu interesse em transferir o gerenciamento de uma unidade ou serviço.

Portanto, o processo de qualificação de

entidades deve ser prévio ao Comunicado de Interesse, nome geralmente adotado para o edital que anuncia os serviços que serão colocados sob gerenciamento de organizações sociais. Claro que no curso posterior haverá um conjunto de Organizações Sociais qualificadas que poderão disputar, em processo seletivo público, os serviços que a Administração quiser contratualizar.

As entidades qualificadas funcionam como uma “pré-qualificação” de fornecedores aptos a participar de um processo licitatório, ou como uma “short list” como é usual no setor privado. Somente as que já estavam qualificadas quando do lançamento do comunicado de interesse podem participar.

Importante: estar qualificada como Organização Social não garante o “direito” a ter um Contrato de Gestão com o poder público, garante apenas a possibilidade de vir a formalizar essa parceria.



A lei específica deverá definir as exigências para qualificação da entidade como Organização Social. As exigências devem levar em conta a realidade regional quanto à disponibilidade de entidades com potencial de parceria e poderá prever a qualificação temporária de entidades já qualificadas em outros estados e municípios em legislação equivalente.

Contratualização

O Contrato de Gestão é o instrumento que formaliza a parceria entre o Poder Público e a Organização Social. A contratualização com as organizações qualificadas dispensa licitação, nos termos da lei 8.666/93⁵⁷, mas não dispensa a publicidade, a transparência, a objetividade do processo de escolha, conforme recomendação expressa do STF.

Por não se tratar de um “contrato de prestação de serviços” e sim de uma “parceria” firmada através de Contrato de Gestão⁵⁸, ele não segue os ritos da lei de licitações. Não há limite de prazo ou de renovações ou de aditivos, tanto de valor como de objeto. Um Contrato de Gestão pode ter implantação progressiva, por exemplo, o que é muito útil na área da Saúde.

Um contrato de gestão pode prever a transferência progressiva de todas as unidades de saúde de uma determinada região da cidade num certo período de tempo.

Ele também pode ser rompido a qualquer tempo pelo poder público e a organização

social pode ser substituída, claro que de forma justificada e sem prejuízos para a entidade, mas sem os entraves de um contrato comercial. Novamente repetindo Ayres Britto: o contrato de gestão está mais para um convênio do que para um contrato⁵⁹.

As despesas de pessoal contidas nos Contratos de Gestão não integram as despesas consideradas para fins de limites estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal, porque elas não têm as características das despesas de pessoal do regime de administração pública. São gastos de pessoal em regime geral do mercado privado. Não significam custos previdenciários posteriores e permanentes. Podem ser reduzidos ou até eliminados. O foco da LRF são despesas incomprimíveis, como as de pessoal estatutário do setor público. A contratualização deve ser precedida de ampla divulgação do seu objeto e características e de comunicação expressa a todas as Organizações Sociais qualificadas a participar do processo.

⁵⁷Com as alterações introduzidas pela lei n. 9.648/98

⁵⁸Denominação inadequada segundo o Ministro Ayres Brito em seu voto.

⁵⁹Alguns autores sugerem o título de “contrato de colaboração”.

Execução do Contrato de Gestão

Para execução do Contrato de Gestão o Poder Público se compromete a:

- Ceder os bens, móveis e imóveis, necessários à sua execução;
- Ceder, quando de equipamentos já existentes, os recursos humanos existentes, sem prejuízos de qualquer espécie aos servidores;
- Repassar os recursos financeiros definidos, cumprindo rigorosamente seu cronograma.

À Organização Social compete:

- Executar as atividades previstas, cumprindo as metas estabelecidas;
- O uso adequado dos bens cedidos;
- A correta aplicação dos recursos financeiros repassados;
- O gerenciamento dos recursos humanos próprios e/ou cedidos pelo poder público.

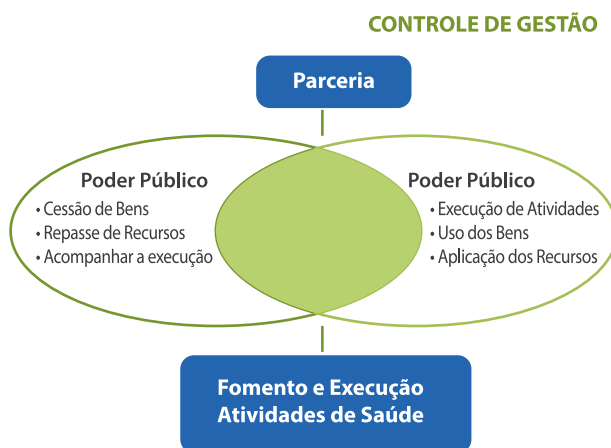


Figura 8 - Características do Contrato de Gestão

A Organização Social contribui com sua capacidade técnica e gerencial, os recursos financeiros são todos oriundos do poder público, do orçamento público, reforçando a necessidade de total transparência em sua utilização.

O modelo de repasse de recursos financeiros do Contrato de Gestão não é como uma remuneração por serviço prestado, como a Tabela SUS, por exemplo. Ele expressa os recursos necessários ao conjunto de ações e serviços a serem desenvolvidos e expressos em metas quantitativas, estimadas pelo perfil epidemiológico da população a ser atendida e/ou pelo histórico de atendimentos.

As metas devem ser acompanhadas e ajustadas ao longo da execução do Contrato de Gestão, para mais ou para menos, com ou sem ampliação e/ou redução dos valores programados a partir da efetiva realização dos serviços.

As metas devem ser acompanhadas e ajustadas ao longo da execução do Contrato de Gestão para mais ou para menos, com ou sem ampliação e/ou redução dos valores programados a partir da efetiva realização dos serviços.

O Poder Público deve acompanhar a movimentação financeira dos recursos

⁶⁰A lei específica deve prever a consulta aos servidores.



específicos do Contrato de Gestão que só pode ser utilizada na sua execução, fazendo os ajustes e compensações necessárias ao longo da execução. **É importante lembrar que NÃO é um contrato comercial com pagamento por unidades de serviços**

prestados, é uma parceria para execução global dos serviços de saúde nele incluídos com uma entidade sem fins lucrativos e que, portanto, não deve ter lucro nem ter prejuízo com sua execução.

Fiscalização do Contrato de Gestão

O Contrato de Gestão está submetido a todo sistema de fiscalização interno da administração pública e à fiscalização externa, em especial dos Tribunais de Contas e Ministério Público.

Deve ser objeto também de instrumentos específicos de fiscalização previstos na lei específica e sua regulamentação. Recomendamos o acompanhamento e fiscalização em dois níveis distintos:

- Avaliação do Contrato de Gestão para

seleção da Organização Social;

- Avaliação Técnica de Acompanhamento, encarregada de acompanhar a execução do Contrato de Gestão e avaliar o funcionamento dos serviços de saúde contratualizados, autorizar a liberação de recursos e propor os ajustes necessários.

Os relatórios de produtividade e econômico-financeiros devem ser públicos para garantir a transparência da execução dos contratos de gestão.

Roteiro Sugerido para Implantação do Modelo de Parceria com Organizações Sociais

Projeto de Governo: Sensibilização e alinhamento estratégico da Equipe Dirigente, em especial das áreas de orçamento e finanças, administração, recursos humanos e jurídica, para que o modelo seja assumido como um projeto de governo e da administração municipal. Isso é fundamental para garantir que os ritos administrativos, diferentes e não usuais na administração pública, sejam executados de forma e em tempo hábil.

Conteúdo básico da legislação específica (lei e regulamentação):

Exigências para Qualificação de Organizações Sociais

- Comprovar natureza não lucrativa
- Existência de controle externo
- Comprovar experiência na área de saúde
- Existência de Conselho de Administração com reais poderes sobre a gestão da entidade

Operacionalização

- Processo seletivo público para escolha da entidade (exclusivamente entre as OSs qualificadas previamente)
- Contrato de Gestão (conteúdo e características)
- Destinação de recursos humanos (em unidades pré-existentes), orçamentários e financeiros e bens públicos (cessão de uso)
- Exigência de Regulamento próprio (público) para contratação de recursos humanos e de obras, serviços e aquisição de bens
- Previsão de incorporação ao poder público de todos os bens adquiridos com recursos do Contrato de Gestão

Execução do Contrato de Gestão

Critérios para Repasse de Recursos

- Valor a ser repassado [Custeio de RH + Custeio dos gastos Operacionais]
- Parcela mensal fixa
- Parcela Mensal variável (vinculado à valoração e alcance das metas estabelecidas)

Informações a serem encaminhadas ao poder público

- Relatórios contábeis e financeiros
- Relatórios referentes aos indicadores de acompanhamento e avaliação
- Relatório de pesquisa de satisfação dos usuários

Penalidades

Termo de permissão de uso dos bens móveis e imóveis

Cessão de servidores públicos

Sistema de Acompanhamento, avaliação e fiscalização

Qualificação de entidades: sensibilizar e incentivar as entidades sem fins lucrativos da área de saúde com atuação no município e/ou região para que se qualifiquem junto ao município e participem dos processos de seleção

Modelos Compartilhados com a Iniciativa Privada



O sucesso do modelo depende de dois fatores-chaves: (1) do investimento da Administração Pública em qualificar-se para manter a Gestão do sistema e gerenciar adequadamente o Contrato de Gestão; (2) da Credibilidade técnica e social dos parceiros qualificados como Organização Social.

A maioria dos casos em que o modelo apresentou problemas deveu-se exatamente à falta de preparo do gestor para gerenciamento do processo ou falta de credibilidade e capacidade técnica da organização social contratualizada ou, pior, uma combinação dos dois fatores.

Pontos Positivos e Desafios

Pontos Positivos	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> • Maior rapidez na implantação de novos serviços e na reformulação de serviços já existentes • Melhoria da qualidade do gasto devido à produtividade maior dos serviços sob gerenciamento de Organizações Sociais • Maior capacidade de inovação (flexibilidade na contratação de obras, serviços e pessoal) • Maior flexibilidade para responder às mudanças de perfil epidemiológico da população atendida em situações emergenciais • Despesas de pessoal das OSs não integram os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal • Contratos de Gestão não tem limites de tempo ou de ajustes em seu objeto e valor 	<ul style="list-style-type: none"> • Credibilidade técnica e social dos parceiros privados (Organizações Sociais) • Fixação e acompanhamento das metas e indicadores do Contrato de gestão • Gestão técnica dos Contratos de Gestão • Transparência e controle social

Parcerias Público-Privadas (PPPs)

As Parcerias Público-Privadas vêm ganhando cada vez mais espaço no Brasil, mas ainda são tímidas na área de Saúde.

Diferentemente das Parcerias com Organização Sociais, que são entidades sem fins lucrativos e que não aportam

recursos financeiros na parceria, nas PPPs são empresas privadas e consórcios, com finalidade de lucro, que investem em serviços e equipamentos públicos esperando um retorno financeiro pré-estabelecido.

Resumo:

- A Administração Pública estabelece uma obra ou serviço que será objeto de concessão;
- Através de Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI) a Administração Pública pode solicitar que o mercado ofereça projetos que atendam suas especificações. O projeto vencedor será objeto da licitação e o vencedor da PPP assumirá seus custos;
- O parceiro privado (empresa/consórcio) vencedor do processo licitatório executa a obra com recursos próprios e tem a concessão da prestação dos serviços dela decorrentes por um certo período de tempo (mínimo de 5 e máximo de 30 anos);
- O pagamento pela prestação de serviços será feito pelos usuários finais (pedágios, por exemplo) ou pela Administração Pública dependendo do tipo de concessão (patrocinada ou administrativa);
- Os pagamentos serão feitos após a entrega da obra contratada;
- Em qualquer caso todos os bens são públicos e permanecem públicos ao final da concessão.

As PPPs estão reguladas atualmente pela Lei nº 11.079/2004, que estabelece as normas gerais do sistema, regula as PPPs na esfera federal e estabelece as condições em que a União poderá apoiar projetos de PPPs dos estados e municípios, sem eliminar as modalidades já existentes (de concessão e contratação).⁶¹

As PPPs pode ser de dois tipos⁶²:

• **Patrocinada:** é a concessão de serviços ou de obras públicas que envolve, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, pagamentos diretos do parceiro público ao parceiro privado;

• **Administrativa:** contrato de prestação de serviços em que a Administração Pública é usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obras ou fornecimento e instalação de bens.

Na área de Saúde só se admite que a PPP do tipo Administrativa, onde não há qualquer tipo de cobrança ao usuário final, uma vez que envolvem serviços e equipamentos que estarão a serviço do SUS. Todos os pagamentos ao parceiro privado são feitos pelo parceiro público, a Administração Pública.

⁶¹Lei de Concessões (lei nº 8.987/95) e Lei dos Contratos Administrativos (lei nº 8.666/93)

⁶²Lei nº 11.079/2004, art. 2o. incisos 1o. e 2o.



Características do modelo

Para se utilizar de Parcerias Público-Privadas, o município deve aprovar legislação própria, respeitando a lei n. 11.079/04, detalhando o modelo que pretende adotar.

Além de uma lei específica regulando o modelo as Concessões Patrocinadas, assim como as Concessões Comuns (lei. 8.987/95) exigem autorização legislativa específica.

A contratação de PPP é feita por licitação e o parceiro privado vencedor deve criar uma Sociedade de Propósito Específico (SPE) para implantar e gerir o objeto da parceria de maneira que ele fique perfeitamente caracterizado, e não se confunda com as atividades das empresas.

A forma e composição da remuneração durante o período de concessão devem estar prevista na legislação própria, bem como as garantias, que podem, eventualmente, contar com apoio da União através do Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas – FGP (art. 16 da lei n. 11.079/04), desde que o município não comprometa mais que 5% de sua Receita Corrente Líquida anualmente, com o total de compromissos referentes a projetos de PPP.

A contraprestação estabelecida deve remunerar a disponibilidade do equipamento e seu desempenho (a prestação de serviços)

Importante: a remuneração só começa a ser devida depois da entrega da obra e o início de operação do serviço contratado (um hospital, por exemplo). Até lá todas as despesas são de exclusiva responsabilidade do parceiro privado.

Tipos de Concessão

Na área de Saúde, as PPPs são utilizadas principalmente na construção e operação de novos hospitais e uma das principais diferenças do modelo está na adoção da concessão integral ou parcial.

Concessão integral: a concessão envolve os serviços assistenciais (bata branca: médico-hospitalares e assistenciais) e os serviços auxiliares (bata cinza: nutrição, limpeza, segurança, manutenção, lavanderia, telefonia e outros);

Concessão Parcial: a concessão fica limitada aos serviços auxiliares.

A maioria das experiências brasileiras (em funcionamento ou em instalação) são no modelo Parcial.

Integral: Hospital do Subúrbio (BA)

Parcial: Hospital Metropolitano de Barreiro (MG); Hospital Zona Norte de Manaus (AM), Hospital de Sorocaba (SP), Hospital de São José dos Campos (SP) e Hospital Perola Byington (SP)

No caso do Hospital Metropolitano de Barreiro (MG) a bata branca será de responsabilidade de um Serviço Social Autônomo a ser criado. Outra opção para a gestão da bata branca é a utilização de Organizações Sociais, associando os dois modelos, a Parceria Público-Privada e a Parceria com Organizações Sociais.

Como os serviços auxiliares (bata cinza)

equivalem a aproximadamente 20%/25% dos custos operacionais de um hospital, o modelo Parcial exige um comprometimento menor ao longo da concessão, reduzindo o volume da garantia necessária. Além disso, o modelo de OS permite ao gestor maior flexibilidade na definição do parceiro e na sua eventual substituição.

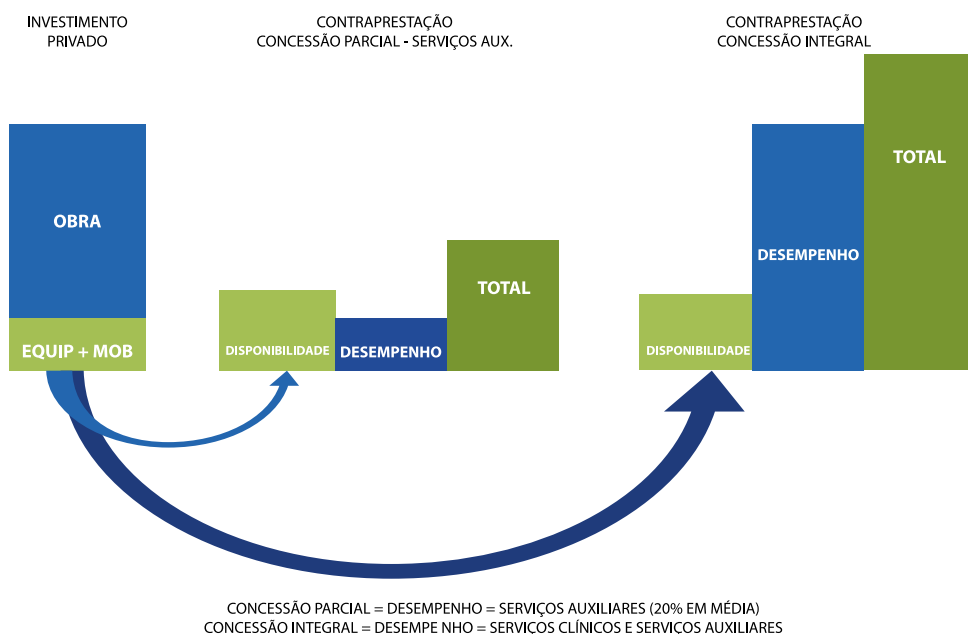


Figura 9 - Concessão Parcial e Integral - Remuneração (JM)

A contraprestação que representa a remuneração do investimento é a mesma nos dois tipos de concessão, mas a remuneração dos serviços prestados é muito diferente,

exatamente pela menor participação dos serviços auxiliares no custo operacional global de um hospital.

Modelos Compartilhados com a Iniciativa Privada

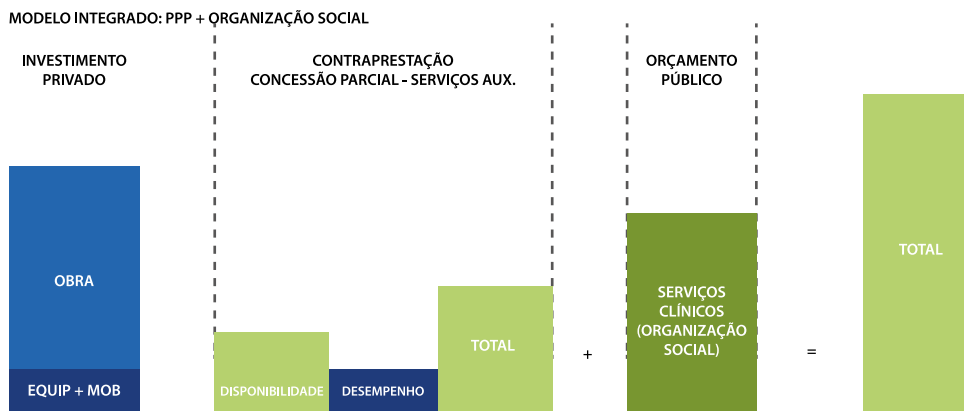


Figura 10 - Modelo Integrado de PPP e OS (JM)

O modelo integrado (PPP + OS) tem o mesmo desembolso total, porém a maior parte dele, referente aos serviços clínicos gerenciados por Organização Social, está fora do regime de concessão, podendo ser revisto e ajustado ao longo do tempo.

É importante lembrar que a OS pode ser substituída com maior facilidade em caso de desempenho insuficiente. Permite, também, a manutenção de servidores públicos nos casos em que o novo hospital substitui ou reforma um já existente.

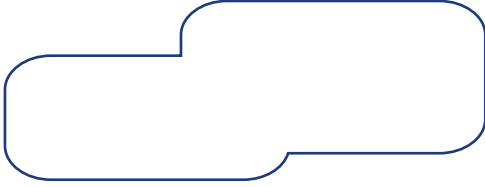
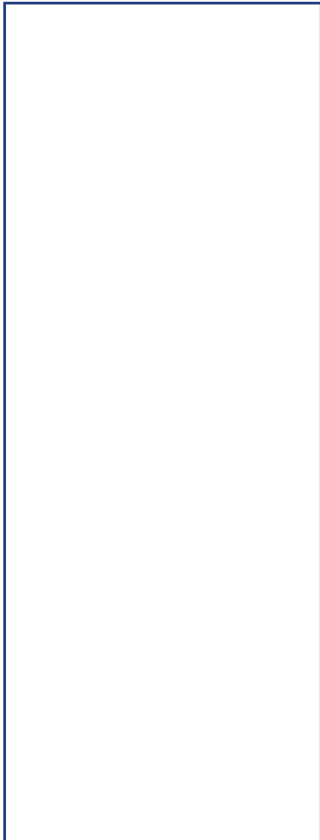
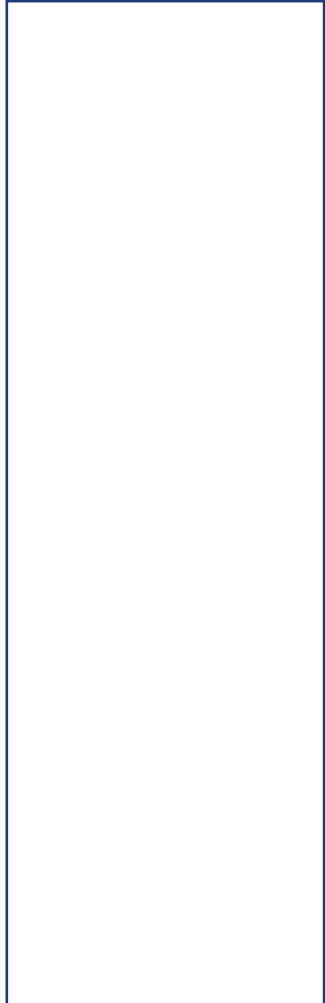
Pontos positivos e desafios⁶⁴

Pontos Positivos

- Rapidez na execução das obras já que os pagamentos se iniciam após a disponibilização do equipamento
- Partilha de riscos entre o público e o privado
- Remuneração atrelada à qualidade dos serviços
- Manutenção e investimentos contínuos ao longo da concessão
- Diferimento do valor dos investimentos na Contraprestação ao longo da concessão
- Não onera o limite de endividamento do município
- Despesas de pessoal do concessionário (e das OSs) não são computadas para fins da Lei de Responsabilidade Fiscal

Desafios

- Complexidade na elaboração das modelagens técnica, econômico-financeira e jurídica
- Estruturação das garantias
- Divisão de responsabilidade entre o público e o privado
- Limite de comprometimento da Receita Líquida Corrente (5%/ano)
- Gestão do contrato de concessão



ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO PARA MELHORIA DA GESTÃO

Alternativas de financiamento para melhoria da gestão



O modelo tradicional de financiamento da saúde pública está em crise há anos gerando uma pressão cada vez maior sobre os municípios, que são os prestadores de serviço mais próximos do cidadão. A situação é agravada por enormes deficiências de gestão que eles enfrentam e têm enorme dificuldade de superar. A crise atual agrava ainda mais esse cenário ampliando a demanda por serviços públicos de qualidade e reduzindo os recursos disponíveis. Melhorar a qualidade do gasto é essencial, em especial em uma área como a da saúde, onde cortes lineares podem ser contraproducentes.

Porém, melhorias de gestão também demandam investimentos que agreguem essas capacidades à estrutura administrativa e funcional. Projetos inovadores precisam de apoio enquanto constroem e demonstram sua viabilidade e efetividade.

Usando as ferramentas do Ativismo Governamental, o gestor deve sair em busca de parcerias para encontrar novas soluções

para novos e velhos problemas. Além de acessar alguns programas governamentais, incentivados ou não, o gestor pode buscar parceria com a sociedade, especialmente com o segmento empresarial de sua cidade ou região, sensibilizando-os para o apoio a projetos com impacto social e na melhoria do ambiente de negócios a partir de um poder público mais eficiente, eficaz e efetivo na prestação de serviços à comunidade.

A sociedade já conta com entidades e fóruns especializadas em profissionalizar esses projetos de apoio, gerando maior valor e maior transparência aos processos, aproximando os financiadores e empreendedores das reais necessidades dos gestores.

Hoje já se consegue superar a simples doação benemérita transformando-a em instrumento estruturado de transformação, mensurável e transparente. São alternativas que podem e devem ser buscadas pelo gestor:

Linhas governamentais de financiamento para melhoria de gestão e apoio a projetos específicos;

Parceria com institutos e fundações que gerenciam investimentos sociais corporativos;

Parceria com entidades que estruturam projetos de melhoria da gestão pública com o apoio de grupos empresariais;

Parceria com entidades aceleradoras que aproximam os empreendedores no setor saúde dos fundos de investimentos de impacto social, em busca de novas soluções para novos e velhos problemas.

Programas Governamentais de Financiamento

PMAT – Programa de Modernização da Administração Tributária e da Gestão de Setores Sociais Básicos⁶⁵

Criado em 1997 para apoiar a Modernização da Administração Tributária, a partir de 1999 o programa incorporou o apoio à modernização da Gestão de Setores Sociais Básicos, entre ele, é claro, a Saúde, além de Educação e Assistência Social. Ele permite que as prefeituras proponham seus projetos diretamente ao

BNDES(para projetos acima de R\$ 20 milhões) ou através dos bancos credenciados, como Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal (para projetos de até R\$ 20 milhões).

Na área de Saúde o programa pode apoiar a implantação de projetos de modernização da gestão:

Serviços técnicos especializados: contratação de serviços técnicos de consultoria especializados, inclusive para a implementação de sistemas de organização e gerência, bases de dados e tecnologia de informação;

Tecnologia de informação e equipamentos de informática: aquisição de hardware, redes de computação e de comunicação, desenvolvimento ou aquisição de sistemas de informação;

Infraestrutura física: adequação de ambientes físicos, através de reforma e melhoria de instalações operacionais e de atendimento ao cidadão, visando o aumento da eficiência da gestão;

Exemplos de aquisições possíveis:

- 1) Reforma e adequação de posto de saúde que envolva atendimento ao cidadão. Exemplo: área de atendimento de Unidade Básica de Saúde e suas instalações complementares e de apoio (até R\$ 2 milhões não precisa de projeto executivo completo da obra, bastando planilha de custos da reforma do espaço); possível incluir redesenho dos processos de atendimento;
- 2) Estruturação do data center da saúde com servidores, *nobreaks*, computadores, *switches* etc;
- 3) Rede de cabeamento interno lógico e elétrico dos próprios públicos da saúde;
- 4) Rede de fibra ótica interligando os próprios públicos da saúde;
- 5) Softwares e customização dos *softwares* de gestão da saúde;
- 6) Capacitações.

⁶⁵Este tópico foi desenvolvido com colaboração de Aduino Marconsin, da KMW Consultores.



Financiamento:

- O BNDES financia até 70% dos itens financiáveis.
- Custo do financiamento

Custo financeiro	TJLP
Remuneração Básica BNDES	1,2% a.a.
Taxa de intermediação financeira	Isenta
Remuneração da instituição credenciada	Negociada

- Como solicitar:
 - Acima de R\$ 20 milhões: direto BNDES.
 - Abaixo de R\$ 20 milhões: por meio de instituição financeira credenciada: Caixa e Banco Brasil.
- Forma de pagamento: prazo de 8 anos, com carência de 2 anos.

Recomenda-se a contratação de serviços especializados para elaboração e acompanhamento dos projetos junto ao BNDES e ao agente financeiro. É necessário um trabalho de levantamento e estruturação de prioridade com equipe dirigente e técnicos, para elaboração de pré-projetos, com estimativas de custo e cronogramas. Enfim, não insista em fazer o que

outros podem fazer melhor⁶⁶. Os custos desse tipo de serviço não são cobertos pelo PMAT, porém seu valor é pequeno, principalmente em relação aos valores envolvidos no projeto. Esse é o tipo de apoio a ser solicitado, de maneira estruturada, a grupos empresariais que podem colaborar com a definição dos projetos que integrarão o PMAT.

Investimentos Sociais em Saúde (com incentivo fiscal): O que dizem os dados do BISC?⁶⁷

O que há de novo no campo do investimento social privado? O espírito filantrópico, os interesses dos negócios e o atendimento às pressões da sociedade, que nos anos 90 compunham o tripé que sustentou a estruturação dos investimentos

sociais privados no país continua presente, mas está sofrendo significativas mudanças, conforme temos assinalado nas últimas edições da pesquisa BISC (Benchmarking do Investimento Social Corporativo)⁶⁸.

Iniciada em 2008, a pesquisa de Benchmarking do Investimento Social Corporativo – BISC – foi inspirada na experiência pioneira do CECP, de Nova York, instituição parceira da Comunitas, que congrega o mais expressivo fórum internacional de CEOs, dedicado ao investimento social privado. O objetivo da parceria é estabelecer padrões de referência para os investimentos sociais corporativos que possam ser comparados, nacional e internacionalmente.

⁶⁷Texto elaborado por Anna Maria Peliano a partir de questões apresentadas por Álvaro Modesto para a publicação Cartilha de Gestão de Saúde Pública. Comunitas, São Paulo, Novembro de 2016.

Anna Maria Tibúrcio Medeiros Peliano é socióloga e pós-graduada em Política Social pela UnB. Elaborou e publicou vários trabalhos na área social tendo como foco a formulação e avaliação de políticas públicas, especialmente na área de combate à fome e à pobreza.

Entrou no Ipea como Técnica de Planejamento e Pesquisa em 1975, e nessa organização foi Diretora de Política Social nos períodos de 1992-1994 e de 2003-2007. Coordenou a realização de diversas pesquisas na UnB e na UNICAMP (de 1987 a 1995), destacando-se aquelas que abordam a ação das organizações sem fins lucrativos. A partir do final da década de noventa conduziu, no IPEA, uma série de estudos sobre a participação do setor privado em atividades sociais.

Dentre as inúmeras funções exercidas destacam-se as seguintes: Coordenadora do Programa de Estudos da Fome da UNB (1987-1992); Coordenadora da elaboração do Mapa da Fome que subsidiou o trabalho de Herbert de Souza, o Betinho, na Campanha Nacional contra a Fome (1993); Secretária-Executiva da Comunidade Solidária (1995-1998); e, Coordenadora de Estudos de Responsabilidade Social do IPEA (2008-Abril de 2012). Atualmente coordena a Pesquisa Benchmarking do Investimento Social Corporativo (BISC).

⁶⁸O BISC é uma ferramenta desenvolvida pela Comunitas para o acompanhamento anual dos investimentos sociais privados no Brasil e que está em sua 9ª edição. Com isso, é possível aferir a evolução dos compromissos sociais das empresas participantes, extrair a percepção dos gestores sobre a qualidade das aplicações, buscar novos temas para subsidiar a formulação de estratégias e melhorar a contribuição para o desenvolvimento do país. Por meio de acesso on-line, a pesquisa possibilita maior assertividade na tomada de decisão dos líderes empresariais, além de facilitar as ações dos gestores dos programas de investimento social corporativo. O BISC busca dimensionar todos os recursos financeiros, bens e serviços, aplicados por empresas privadas em projetos e atividades de interesse social, incluindo: apoio a projetos sociais, ambientais e culturais; construção de infraestrutura social, inclusive a decorrente da instalação e funcionamento de empresas; apoio permanente ou eventual a organizações formalmente constituídas.

Além dos investimentos sociais voluntários, a pesquisa se esforça em captar separadamente as aplicações sociais realizadas por imposição legal, atos administrativos ou sessões judiciais, incluindo obrigações decorrentes de licenciamento ambiental e Termos de Ajustamento de Conduta. Mais informações em <http://comunitas.org/bisc/>.

Alternativas de financiamento para melhoria da gestão



No âmbito da **filantropia**, se antes as empresas pretendiam exercer um papel coadjuvante no esforço nacional de enfrentar os problemas sociais, hoje cresce a percepção de que não se trata só de ajudar, mas de fazer parte da solução e assumir um papel mais relevante nessa área. Assim, elas aspiram usar suas capacidades para identificar novas possibilidades e estratégias para lidar com os problemas sociais. Argumentam ainda que, por meio de atividades de mercado, o setor privado também pode gerar transformações sociais efetivas.

No âmbito dos **interesses dos negócios**, com o fortalecimento da globalização, as empresas começaram a reconhecer, na década de 90, que ser socialmente responsável era importante para diferenciar sua marca e ganhar competitividade. No entanto,

O Investimento Social Privado é o repasse sistemático e voluntário de recursos empresariais, realizado de forma planejada e monitorada, para projetos sociais de interesse público⁶⁹.

Em relação às pressões da sociedade, se de início as atenções das empresas voltaram-se para oferecer respostas a uma sociedade que começava a se mobilizar em torno de causas ambientais e sociais, nos dias atuais essas pressões estão cada vez mais fortes, difusas e abrangentes. As novas mídias aceleram a circulação de informações e ampliam as possibilidades de a população controlar e expressar suas opiniões com respeito ao comportamento das empresas e, com isso, elas estão cada vez mais expostas

naquele momento a responsabilidade social era associada, basicamente, ao repúdio ao trabalho infantil e análogo à escravidão e ao apoio a projetos sociais. Foi nessa época que começou a ganhar força o investimento social privado conduzido, no entanto, de forma totalmente desvinculada dos negócios, uma vez que predominava o entendimento de que as empresas não deveriam visar ganhos com essa atuação. Hoje essa maneira de agir passa por uma acentuada transformação e as empresas estão buscando alinhar os investimentos sociais ao seu *core business*, aproveitar novas oportunidades de promover o atendimento às demandas sociais básicas das populações mais pobres e, ao mesmo tempo, gerar retorno para os próprios negócios.

a reivindicações por transparência, por um comportamento ético e por relações mais próximas com toda a sua cadeia de *stakeholders* (colaboradores, consumidores, fornecedores, comunidades situadas ao seu redor, etc).

Os reflexos desse novo contexto nos investimentos sociais estão se refletindo na busca da profissionalização da área social e na inovação das metodologias de atuação. O que se almeja é profissionalizar para produzir conhecimento, avaliar resultados e dialogar

⁶⁹Mais informações em: <http://gife.org.br/investimento-social-privado/>.

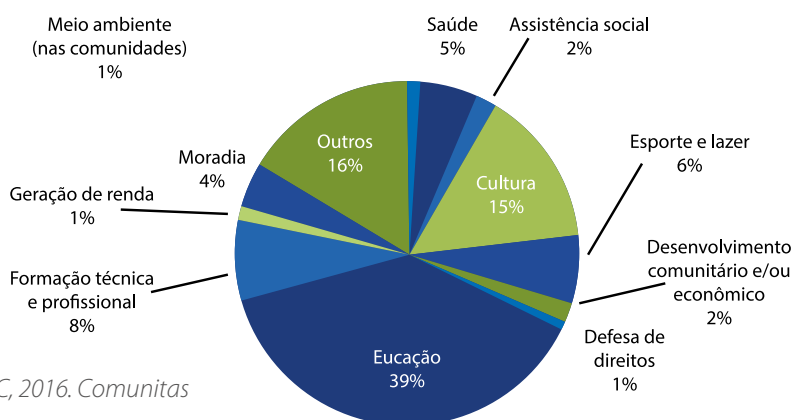
⁷⁰Dois eventos ocorridos no Brasil no início dos anos 90 contribuíram para pressionar o engajamento das empresas com as causas ambientais e sociais: a ECO 92 e o Movimento da Cidadania Contra à Fome e à Miséria pela Vida.

com a sociedade e os governos; e inovar para fazer a diferença, ganhar escala e ampliar o impacto dos investimentos sociais.

Qual a dimensão dos investimentos sociais das empresas do BISC e qual o foco dessa atuação? As últimas edições do BISC revelam que empresas que participam da pesquisa investem, anualmente, recursos da ordem de R\$ 2,6 bilhões. Ademais, em que pesem as oscilações recentes na conjuntura econômica, elas têm buscado manter esse

padrão de investimento, o que sinaliza os seus compromissos com as questões sociais. Os projetos de educação são os que recebem a maior atenção do grupo e os recursos aplicados nessa área ultrapassaram a casa dos R\$ 800 milhões nos dois últimos anos. Tal concentração pode ser atribuída ao reconhecimento de que a melhoria da educação é fundamental para aprimorar a qualificação da mão de obra e para garantir o desenvolvimento econômico e social do país.

Por área de atuação, como se distribuem os investimentos sociais?



Fonte: BISC, 2016. Comunitas

O quanto investem as empresas na área de saúde? Os recursos destinados à saúde ainda respondem por uma parcela relativamente pequena do total dos investimentos sociais do grupo, mas é interessante assinalar que esses recursos

têm crescido, nos últimos anos, acima da média dos investimentos nas demais áreas sociais. Os dados do BISC indicam que parte desse crescimento pode ser atribuído aos novos incentivos fiscais criados em 2012 pelo Governo Federal: o PRONON e o PRONAS.

Instituídos pela Lei nº 12.715/2012, o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) são dois programas implantados pelo Ministério da Saúde para incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos no campo da oncologia e da pessoa com deficiência. Pessoas físicas e jurídicas que contribuírem com doações para projetos nessas duas áreas poderão se beneficiar de deduções fiscais no Imposto de Renda⁷¹.

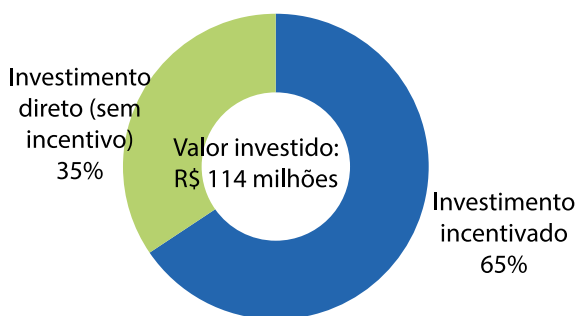
⁷¹Mais informações em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/se/se-desid-pronon>



O impacto desses novos incentivos para a saúde pode ser observado no crescimento do volume de recursos investidos pelas empresas nessa área: em 2011, eles foram da ordem de R\$ 31 milhões e, em 2015, de R\$ 114 milhões, dos quais 65% eram provenientes do PRONON e PRONAS. Assim,

os dados do BISC indicam que o incentivo fiscal é um instrumento importante para estimular os investimentos sociais privados. Eles revelam, ainda, que as empresas foram além e investiram diretamente em saúde (sem incentivos), em 2015, um volume 25% maior do que em 2011.

Quanto as empresas investiram em saúde



Fonte: BISC, 2016. Comunitas

O leque de atividades desenvolvidas em saúde, por meio dos investimentos sociais, é bastante diversificado e vai da educação em saúde ao apoio à gestão hospitalar, passando pelo suporte a entidades sem fins lucrativos que atuam na área e pela contribuição às políticas públicas de saúde. Ademais, muitas atividades desenvolvidas em áreas afins, como melhoria do meio ambiente, infraestrutura urbana e moradia têm impacto direto nas condições de saúde da população, ainda que não estejam contabilizadas como tal.

Quais as relações das empresas com as organizações governamentais? Há um reconhecimento generalizado entre as empresas respondentes de que é necessário alinhar os investimentos sociais às políticas públicas e de que as parcerias com os

órgãos governamentais são fundamentais para promover transformações sociais mais efetivas. Não por acaso, 80% das empresas do grupo se associam de alguma forma a organizações governamentais, especialmente organizações municipais, e a maioria delas avalia como satisfatórias as experiências desse trabalho conjunto, especialmente no que se refere: à ampliação do alcance dos próprios projetos, à aproximação com as comunidades, à construção de redes, à melhoria da gestão das políticas públicas, e a uma maior legitimidade para a atuação privada no campo social.

Apesar dessa visão positiva, as empresas também reconhecem que há dificuldades a serem enfrentadas nessas parcerias. Elas destacam, por exemplo, a morosidade

nos processos decisórios das instituições públicas, o excesso de burocracia, o risco de descontinuidade dos projetos governamentais devido às mudanças de gestão e, mais recentemente, na esteira de um contexto político conturbado, aos riscos de associar sua imagem a parcerias que possam ser mal interpretadas.⁷²

Como as empresas contribuem com as políticas públicas? Há mudanças em curso nas relações com as organizações governamentais e espaços para o fortalecimento desse relacionamento. As lideranças ou gestores sociais que respondem a pesquisa indicam estarem mais próximos dos governos e influenciando de forma mais efetiva as políticas públicas. A percepção captada no grupo é a de que os governos, especialmente os locais, estão mais abertos a dialogar e intercambiar suas experiências ao perceberem que a doação de recursos financeiros não é a única contribuição que o setor privado pode oferecer.

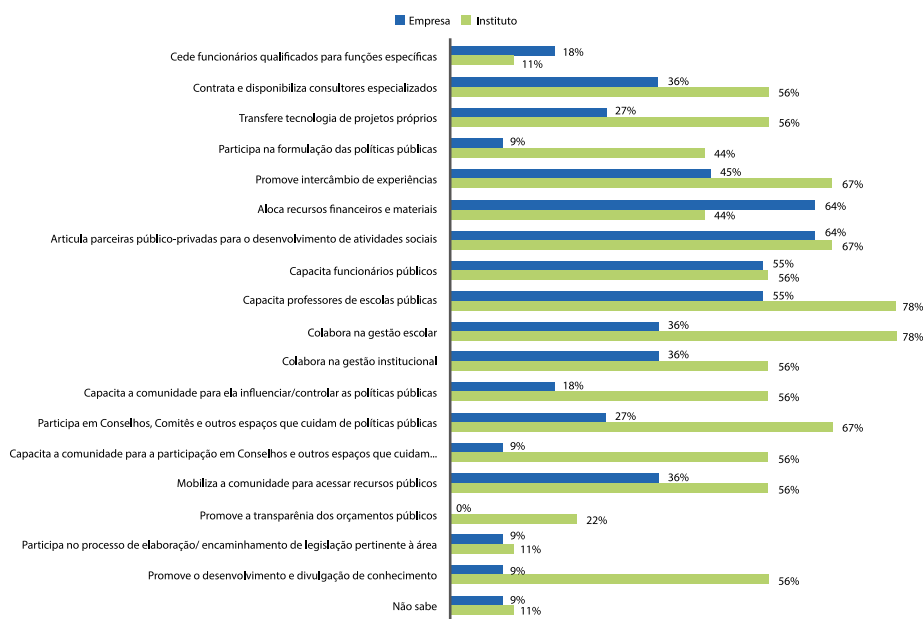
Por sua vez, as empresas e, de um modo

especial, seus institutos, estão mais preparados para tratar das questões sociais e estão colaborando com as políticas públicas, sobretudo nos campos de planejamento, gestão e informação. Do leque de possibilidades de apoio, apresentado no gráfico abaixo, destacam-se entre as mais adotadas: a capacitação de professores, a colaboração na gestão escolar, o intercâmbio de experiências e a participação em espaços públicos que cuidam de políticas sociais (ex.: conselhos, comitês e fóruns). Adicionalmente, tem-se observado uma tendência interessante das empresas em investir no fortalecimento das comunidades e no apoio para que elas possam participar da condução e do controle das políticas públicas. Esse é um campo muito interessante para se pensar na melhoria das políticas públicas, no acesso aos recursos públicos no âmbito local e, especialmente, na inclusão das comunidades na busca de soluções para os seus problemas, o que é essencial para a promoção de mudanças efetivas nas condições de vida da população.

⁷²Para que o relacionamento com o ente público seja pautado pela ética e transparência, as empresas estão pautando também a sua atuação no campo social de acordo com o ordenamento estipulado na Lei Federal de Anticorrupção de nº12.846/13. De acordo com essa legislação, as empresas são responsabilizadas por práticas ilícitas e podem ser obrigadas a pagar multas de até 20% de seu faturamento bruto anual. Mais informações em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112846.htm



Nas parcerias com organizações governamentais, o que fazem as empresas?*



Fonte: BISC, 2015. *Comunitas*

PRONON e PRONAS/PCD: alternativa para financiamento de projetos para a área da Saúde com o uso de incentivos fiscais

Bruno Barroso e Thiago Alvim⁷³

Em 2012, dois novos incentivos fiscais foram instituídos pelo Governo Federal pela Lei nº 12.715: o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/

PCD). Os programas têm como objetivo ampliar e qualificar ações e serviços de atenção oncológica e voltadas à pessoa com deficiência, por meio de projetos de assistência, capacitação e pesquisa.

⁷³Bruno Barroso é especialista em Gestão de Negócios pela Fundação Dom Cabral e bacharel em Comunicação Social, com ênfase em Relações Públicas, pela UFMG. Entre 2008 e 2010 foi gerente de Projetos e Patrocínios do Instituto Inhotim, onde era responsável pela elaboração, gestão e captação de recursos dos projetos da instituição. Em 2011, participou do Programa de Trainees da Unilever Brasil. Possui experiências prévias em departamentos de Comunicação e Marketing de empresas privadas nos setores de Saúde e Saneamento.

Thiago Alvim é Mestre em Administração pela UFMG e graduado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro/MG. Profissional com vasta experiência na área de gestão pública: entre 2003 e 2008, foi membro da carreira de Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Governo de MG, com atuação nas áreas de Planejamento e Saúde. Entre 2008 e 2009 foi Diretor de Planejamento do Instituto Inhotim. Atualmente é consultor em projetos de Gestão Pública em diversos Estados e para o Governo Federal.

São sócios-fundadores da Nexo Investimento Social (www.nexo.is)

A Lei nº 12.715/2012, que cria os programas, define esses incentivos fiscais da seguinte forma:

O PRONON visa captar e canalizar recursos para prevenção e combate ao câncer, englobando, desta maneira, a difusão da informação, pesquisa, rastreamento, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e reabilitação relacionadas às neoplasias malignas e afecções correlatas.

O PRONAS/PCD, por sua vez, tem a finalidade de captar e canalizar recursos para ações para a habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência. Essas ações abarcam promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, indicação e adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para pessoas com deficiência física, auditiva, visual, mental, intelectual, múltipla, com ostomia ou com transtorno do espectro do autismo.

Os programas seguem uma dinâmica semelhante aos tradicionais mecanismos de incentivo fiscal voltados para a cultura (Lei Rouanet) e o esporte. O PRONON e o PRONAS são ligados ao Ministério da Saúde e buscam viabilizar projetos de interesse público

submetidos por entidades privadas sem fins lucrativos.

A seguir, são apresentados os incentivos fiscais para a área social em âmbito federal e seus respectivos limites de renúncia para Pessoas Físicas e Jurídicas:

Mecanismo	Limite para PJ	Limite para PF
Lei Rouanet / Lei do Audiovisual	4%	6%
Lei do Esporte	1%	
Fundo para Infância e Adolescência (FIA)	1%	
Fundo do Idoso	1%	
PRONON (Oncologia)	1%	1%
PRONAS/PCD (Pessoas com Deficiência)	1%	1%
TOTAL	9%	8%

As entidades interessadas em submeter projetos no PRONON e no PRONAS devem se credenciar previamente, uma única vez, no Ministério da Saúde – o que deve ocorrer entre os dias 01 de junho e 31 de julho de cada ano. O credenciamento deve ser feito para cada programa e, para estar apta, a entidade deve atender a **um dos requisitos** a seguir:

- a) Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social; ou
- b) Qualificação como Organização Social (OS); ou

- c) Qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); ou
- d) Exclusivamente para PRONAS, Instituição que preste atendimento direto e gratuito às pessoas com deficiência e que seja cadastrada no Sistema Nacional de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), do Ministério da Saúde;

Uma vez credenciadas, as entidades submetem projetos para análise técnica pelo Ministério da Saúde e, se aprovados, são publicados no Diário



Oficial da União, o que autoriza a captação de recursos junto a empresas tributadas pelo Lucro Real e Pessoas Físicas optantes pelo Modelo de Declaração Completa.

O modelo de financiamento de projetos de interesse público por meio de incentivo fiscal estabelece uma nova forma de viabilização

de projetos na área da saúde. O modelo cria um sistema que depende da participação do governo, da sociedade civil e de grandes empresas para alcançar resultados. Nenhum projeto poderá ser realizado sem a junção das três peças dessa engrenagem.



Figura. Envolvimento de três partes para o financiamento de projetos por incentivos fiscais

Ao Governo cabe definir o montante de recursos disponível por ano, as linhas prioritárias que poderão ser financiadas, bem como aprovar a adequação dos projetos apresentados. No modelo regulamentado para PRONAS/PCD e PRONON, além da participação do Ministério da Saúde na análise técnica dos projetos, toda proposta apresentada para avaliação deverá ter anuência prévia do Gestor Local do SUS. Assim, além de garantir que os projetos estão alinhados com as diretrizes federais, os programas asseguram um alinhamento com prioridades municipais e estaduais para a saúde pública.

Já a apresentação de projetos é exclusividade de organizações sem fins lucrativos. No modelo definido para o PRONON e PRONAS/PCD, organizações públicas estaduais e municipais não são elegíveis

para apresentarem projetos próprios. Cabe à sociedade civil a apresentação de projetos e a articulação com empresas para mobilização do montante de recursos aprovados para captação.

As empresas fecham a engrenagem, definindo, entre os projetos previamente aprovados, a destinação de parte de seu Imposto de Renda devido. Vale destacar que não há liberdade total para aporte de recursos pelas empresas, uma vez que só dão direito ao incentivo fiscal projetos que tiveram aprovação prévia do Poder Público.

Desde o primeiro ano de funcionamento do programa, em 2013, observamos uma grande adesão de organizações de todas as partes do Brasil. Um primeiro olhar para o programa pode ser feito a partir da evolução das organizações credenciadas.

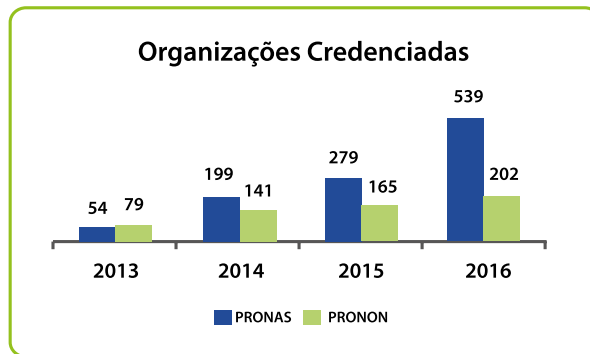


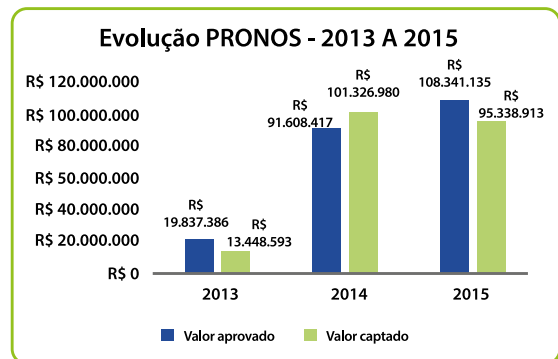
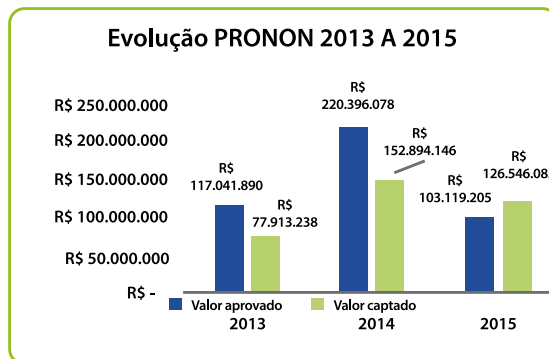
Gráfico. Número de organizações credenciadas nos programas PRONON e PRONAS/PCD entre 2013 e 2016

Embora existam entidades credenciadas de todas as regiões do Brasil, ainda identificamos uma grande concentração nas regiões Sul e Sudeste, que somam 85,8% do total.

O crescimento na demanda pelos programas pode ser confirmado a partir da análise do

volume de projetos aprovados pelo Ministério e a captação de recursos efetivamente realizada.

Os gráficos a seguir mostram a evolução para cada um dos incentivos.



Gráficos. Evolução das leis de incentivo entre 2013 e 2015

É importante ter clareza, no entanto, que os números apresentados acima poderiam ser ainda maiores. Atualmente, o crescimento do PRONON e do PRONAS tem sido restringido por uma limitação imposta pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde: anualmente é estabelecido um teto da renúncia fiscal para cada um dos programas e, em tempos de crise econômica, esse número tem sido consideravelmente reduzido.

Se já chegou em R\$ 674 milhões de autorização

de renúncia por programa em 2014, o cenário previsto para 2016 é pouco animador: R\$77 milhões para PRONON e R\$15 milhões para o PRONAS/PCD. Para se ter uma ideia, a demanda de projetos em 2015 foi de R\$ 551 milhões para PRONON e R\$ 254 milhões para PRONAS – ou seja, o teto para 2016 só comportaria 14% da demanda de oncologia e 6% de pessoas com deficiência.

É importante reconhecer que os programas de incentivo fiscal têm potencial de gerar impacto



importante para a Saúde do país, mas ainda esbarramos em barreiras orçamentárias e de operacionalização pelo Ministério da Saúde

para torná-los, de fato, uma fonte recorrente e segura para as organizações da sociedade civil que atuam nessas áreas⁷⁴.

Emendas Parlamentares⁷⁵

As Emendas Parlamentares dos deputados federais e senadores podem ser uma interessante alternativa de financiamento, principalmente agora que sua execução é mandatária, ou seja, o Governo Federal tem que executar as Emendas incluídas pelo Congresso no orçamento.

Elas podem ser entendidas como um tipo de financiamento público intermediada por parlamentares e não por órgãos de fomento.

Os ministérios com maior tradição no recebimento de Emendas Parlamentares, como o da Saúde, já buscavam se utilizar do seu potencial oferecendo projetos e programas especiais que agilizavam sua liberação e aportavam recursos em suas prioridades.⁷⁶

Recentemente o Ministério da Saúde criou um Piso da Atenção Básica provisório, que aporta recursos oriundos das emendas nas ações e serviços da Atenção Básica.

O cuidado que o gestor municipal deve tomar ao articular a destinação de emendas

dos parlamentares de sua região e/ou grupo partidário é o mesmo que pode facilitar sua liberação junto ao corpo técnico do Ministério da Saúde.

Para se utilizarem de suas emendas os parlamentares devem apresentar e/ou apoiar projetos em que os recursos serão utilizados. Como já disse, o Ministério da Saúde costuma oferecer aos parlamentares e prefeitos programas e projetos aos quais podem aderir utilizando-se das emendas.

Aos gestores recomenda-se evitar emendas para projetos que gerem despesas de custeio posteriores. Por exemplo: um projeto para construção de uma nova unidade de saúde. A construção e equipagem da unidade custa o equivalente a pouco mais de um ano das suas despesas de custeio. Um hospital de 250 leitos que pode custar R\$ 200 milhões para ser construído e equipado vai custar mais de R\$ 100 milhões/ano para funcionar adequadamente.

É importante lembrar que são recursos

⁷⁴Saiba mais sobre o PRONON e PRONAS/PCD:

- Lei 12.715/2012 – cria o PRONON e o PRONAS.
- Portaria 1.550/2014 – regulamenta os incentivos fiscais para a Saúde.
- Site do Ministério da Saúde sobre os Programas.
- Site da Nexo Investimento Social

⁷⁵Como um tipo de financiamento governamental intermediado por parlamentares e não por entidades de fomento.

⁷⁶As Emendas Parlamentares, antes da obrigatoriedade, eram um adicional ao orçamento. No caso da Saúde sequer eram consideradas para atingir a vinculação de recursos definida na EC 29.

adicionais, mas eventuais que não se repetem e nem podem ser utilizados para despesas de custeio.

A recomendação é que sua utilização seja em ações que melhorem os serviços já existentes e a qualidade do gasto em saúde, como:

- Substituição de equipamentos (raio-x, tomógrafos, equipamentos de ultrassom) ultrapassados;
- Manutenção de instalações (não custeio, mas reformas e adequações a novos padrões sanitários, por exemplo);
- Atualização e/ou implantação de sistema de tecnologia de informações.

Essa opção permite ao gestor utilizar-se dos

recursos adicionais sem assumir novos gastos futuros, sempre importante e hoje essencial.

Também facilita a avaliação do corpo técnico do Ministério da Saúde pelo mesmo motivo: não projeta custos posteriores. Por mais necessário que seja o projeto de um novo serviço de saúde, vai gerar custos posteriores também para o Ministério, como um novo hospital ou pronto-socorro.

As normas para utilização das emendas são ajustadas a cada ano a partir das diretrizes do Ministério, mas essa linha geral permanece.

O mesmo raciocínio vale para qualquer tipo de recursos eventuais, como doações.

Janelas de Oportunidade

Na abordagem do Ativismo Governamental, a mente aberta para novas soluções deve ser uma constante, assim como a busca de parcerias que as viabilizem de forma a enfrentar a conhecida resistência da máquina pública por tudo que é novo. Aqui vamos explorar algumas possibilidades.

Apoio Empresarial Estruturado

Parcelas cada vez maiores dos empresários brasileiros passaram a incluir a responsabilidade social entre os princípios de atuação, também em resposta ao empoderamento cada vez maior do consumidor/cidadão e da expansão de seus poderes através das redes sociais. Grupos empresariais criam institutos, fundações e outras organizações que apoiam projetos de impacto social nos mais variados níveis. São recursos privados que apoiam e alavancam iniciativas na área pública e que, há muito, evoluíram da benemerência direta para ações estruturadas, lideradas por profissionais especializados que avaliam os projetos

elegíveis na linha de ação de cada organização, realizam sua seleção, acompanham sua implantação e mensuram seus resultados.

Iniciativas como o **BISC** (*Benchmarking do Investimento Social Corporativo*), ferramenta criada pela **Comunitas** para o acompanhamento anual dos investimentos sociais privados no Brasil, mostram a evolução dessas ações e a preocupação das empresas com a qualidade dos seus investimentos. Há um enorme espaço nesse ambiente para projetos, com foco na melhoria da qualidade do gasto, da eficiência e da efetividade dos serviços públicos.



A educação tem sido a maior prioridade de investimento em projetos sociais, porém a área da saúde vem ganhando espaço, não apenas por sua essencialidade, mas por ser a síntese da qualidade de vida da sociedade.

O gestor municipal pode buscar a

aproximação dos grupos empresariais locais com entidades, como o Comunitas, capazes capacitá-los e apoiá-los na estruturação de projetos de apoio para melhoria da gestão pública.

Atrair Investidores e Empreendedores

Os fundos de investimento de impacto social são outra janela de oportunidade a ser explorada. São instituições que buscam um duplo resultado nos seus investimentos: o *impacto social* e o *retorno financeiro*. Aqui não se tratam de doações, muito ao contrário. São investidores que buscam empreendedores capazes de gerarem novos negócios que produzam impacto social efetivo nas mais diversas áreas, saúde em especial.

Seu foco não são apenas as *startups* com foco em TI, mas empreendedores em geral que estejam desenvolvendo soluções potencialmente inovadoras, seja do ponto de vista tecnológico seja na implementação efetiva de soluções já existentes, mas de difícil acesso à população, em especial a de baixa renda.

Há uma verdadeira explosão de empreendedores no Brasil, fervilhando de ideias e possibilidades e em busca de desafios. São atraídos por programas de apoio e entidades especializadas em apoiar as suas atividades e que, usualmente, lançam desafios e problemas a serem resolvidos.

Essas entidades promovem a aproximação entre os empreendedores, apoiadores e investidores nesse modelo, as chamadas

aceleradoras. Algumas se especializam na estruturação de projetos apoiados por institutos e fundações mantidos por grupos empresariais, como a Endeavor Brasil, parceira da Comunitas, uma das maiores e mais bem-sucedidas.

Outras tem como foco aproximar empreendedores e os fundos de investimento de impacto social, além de apoiadores institucionais. É importante acordar para esse novo mundo que fervilha na sociedade com centenas de empreendedores dispostos a enfrentar desafios e apresentar suas soluções na área de saúde, apoiados por investidores que têm interesse em transformá-las em grandes negócios.

Já existem iniciativas governamentais nesse modelo, que selecionam e financiam projetos inovadores que possam problemas específicos definidos pela administração pública. Os municípios têm menor capacidade de criar programas com recursos próprios, mas a aproximação com o ecossistema do empreendedorismo tem potencial de gerar parcerias: a administração pública, com o desafio, os empreendedores, com a solução, e os investidores e/ou apoiadores, com os recursos financeiros e gerenciais.

Integrando Inovações

Os modelos de gestão inovadores, como as Organizações Sociais, são um excelente canal para absorção de soluções empreendedoras. Sempre com a autorização do gestor público (ou por demanda dele), a OS pode implantar ou testar soluções inovadoras tanto em ferramentas de TI (clínicas e gerenciais) quanto na prestação de serviços básicos e/ou especializados.

Como são entidades privadas, mesmo que sem fins lucrativos, propiciam um ambiente de negócio mais confiável aos investidores e/ou apoiadores, por transitarem no mesmo ecossistema (o setor privado). A interlocução é mais produtiva e estável, facilitada também pela maior flexibilidade que as OSs dispõem para contratação de serviços.

Na esfera municipal cresce o número de Contratos de Gestão em que Organizações Sociais gerenciam não apenas uma unidade hospital ou pronto-socorro, mas um conjunto expressivo de unidades de saúde municipais,

inclusive ligadas a programas como a Estratégia de Saúde da Família, com suas equipes de agentes comunitários de saúde fazendo a visita domiciliar sistemática.

O gestor pode fomentar essa relação “Empreendedores x Investidores/Apoiadores x Organizações Sociais” articulando “desafios” que respondam aos seus principais pontos críticos na área da saúde.

As entidades aceleradoras podem ser chamadas para colaborar na estruturação dos processos de seleção e no acompanhamento dos projetos, área que detém larga experiência. Teriam que ser desenvolvidos modelos em relação à propriedade intelectual e ao uso posterior das soluções desenvolvidas. Deve ficar claro que a prefeitura, que foi o campo de desenvolvimento, deve ter a livre utilização da solução. Os direitos de comercialização terão que considerar a origem do financiamento.

Empreendedorismo na Saúde (Exemplos)

A seguir vamos mostrar alguns exemplos de inovações surgidas nesse modelo de empreendedorismo, sem citar os nomes dos produtos, mas apenas destacando sua funcionalidade.



Triagem nas Unidades de Urgência Emergência ⁷⁷

Trata-se de uma solução que organiza e agiliza a avaliação de risco nas unidades de urgência e emergência. No mesmo aparelho, o profissional de saúde realiza todos os exames e testes necessários e a plataforma indica o grau de risco e a necessidade de atendimento, de acordo com o Protocolo de Manchester. A plataforma também controla o fluxo de atendimento permitindo o gerenciamento de situações críticas e gera relatórios que servem de base para avaliação e aperfeiçoamento permanente do atendimento.

Consultas Básicas e Especializadas ⁷⁸

Há mais de uma iniciativa no mercado com as mesmas características. Oferecem consultas básicas e especializadas, além de exames laboratoriais a baixo preço com foco na população de baixa renda. São clínicas bem estruturadas, em locais de fácil acesso e com demanda crescente. Funcionam por demanda

e não contam com programas estruturados de prevenção. Já existem experiências semelhantes na área de odontologia.

Seu modelo de atendimento poderia ser estruturado como complementar aos serviços próprios das redes municipais.

Gerenciamento de doentes crônicos ⁷⁹

Já estão disponíveis diversos aplicativos com foco no gerenciamento de risco e em portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. As plataformas fazem a integração entre os pacientes e as equipes de saúde de retaguarda que acompanham o tratamento, inclusive as iniciativas de mudança de hábitos dos pacientes.

Aplicativos desse tipo seriam uma poderosa ferramenta de apoio aos programas

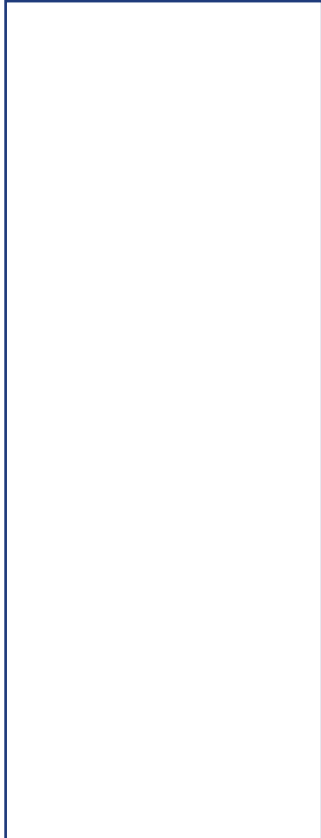
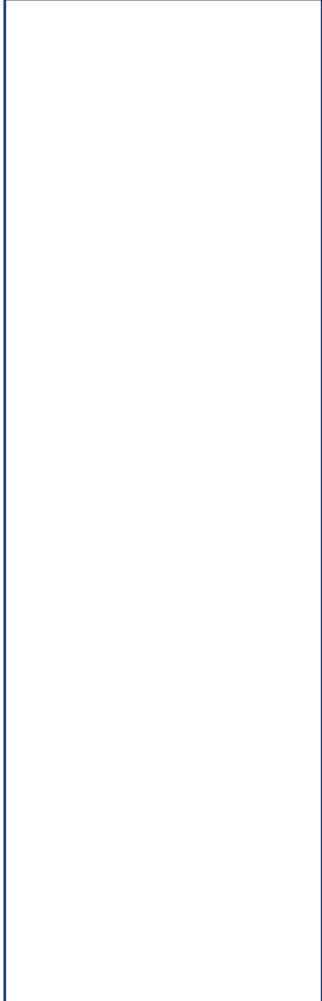
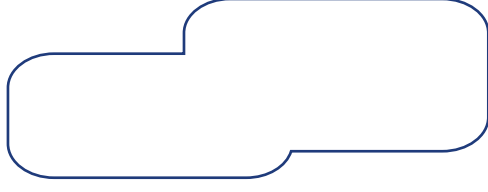
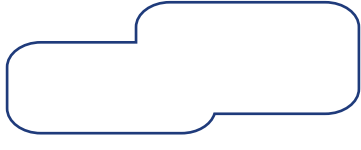
já existentes no SUS, destinados ao acompanhamento de casos crônicos, que hoje se desenvolvem com ferramentas tradicionais. Os aplicativos facilitam o monitoramento dos pacientes, prevenindo o agravamento dos quadros clínicos e as necessidades de reinternação, que comprometem a qualidade de vida do paciente e alavancam os custos do seu tratamento.

⁷⁷To Life

⁷⁸Dr. Consulta e outras

⁷⁹Clever Care, entre outros

PARTICIPAÇÃO SOCIAL



Bases da política de participação social na saúde

O SUS é, em grande medida, decorrência do Movimento da Reforma Sanitária que mobilizou os atores setoriais e a sociedade. É mais que natural, portanto, que o controle social seja parte fundamental da estruturação do sistema.

Instituído pela Constituição de 1988, o SUS

foi regulado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e os preceitos do controle social foram detalhados pela Lei nº 8.142/90.

O Art. 198, III, da Constituição Federal, define a participação da comunidade como uma das três diretrizes de formação do SUS:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A Lei nº 8.080, de 19/09/1990, no capítulo de Princípios e Diretrizes, define:

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

....

VIII - participação da comunidade;

...

Foi a Lei n. 8.142, de 28/12/1990 que estabeleceu a estrutura do controle social no SUS, ao definir a participação da comunidade nas estruturas colegiadas do sistema que devem funcionar nas três esferas de governo⁸⁰:

- A Conferência de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional)
 - Conferência periódica com representação de vários segmentos sociais para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”⁸¹ em sua esfera de governo;
- O Conselho de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional)

- Conselho setorial permanente e deliberativo, composto por representantes dos usuários, dos trabalhadores em saúde, dos prestadores de serviço e dos gestores que “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”⁸².

Também definiu, no seu Art. 1º, § 2º, o caráter permanente e deliberativo e as atribuições dos Conselhos nos três níveis e sua composição.

⁸⁰Lei n. 8.142/90, art. 1º, I e II.

⁸²Lei n. 8.142/90, art. 1º, § 1º

⁸³Lei n. 8.142/90, art. 1º, § 2º

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e Art. 1º

...

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (grifos nossos)

O §3º do mesmo artigo define que a representação dos usuários nos Conselhos e nas Conferências será paritária em relação aos demais segmentos. Em sua maioria, a composição dos Conselhos segue o formato do Conselho Nacional de Saúde:

- 50% de representantes dos usuários,
- 25% de representantes dos trabalhadores da saúde;
- 25% de representantes do governo e prestadores de serviços.

Essa distribuição, dos 50% reservados aos trabalhadores, gestores e prestadores de

serviços, não é exigência legal e deve ser definida nas leis de constituição de cada conselho. Em geral, as representações de usuários e de trabalhadores são exercidas por representantes da sociedade organizada e da estrutura sindical e associativa, assim como a de prestadores de serviços. A participação nos Conselhos não é remunerada.

No processo de regulamentação da vinculação de recursos financeiros para a saúde, a Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, trouxe alterações importantes na modelagem do planejamento setorial e do controle social, reforçando sua importância.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais instituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

A lei complementar estabelece uma relação obrigatória entre os planejamentos estratégico setorial, orçamentário e financeiros nas três esferas de governo. Em seu §4º estende aos Conselhos, nas três

esferas de governo, a deliberação sobre as diretrizes para estabelecimento das prioridades em saúde, antes prerrogativa do Conselho Nacional de Saúde⁸³.

⁸³Conforme o art. 37 da lei n. 8.080/1990 e do §3º do art. 15 do Decreto n.7.508/2011.



Participação social

Os Conselhos, principalmente os estaduais e municipais, ganharam maior peso na definição das prioridades do sistema e em sua fiscalização.

A partir de Lei Complementar nº 141/2012 (§2º, art. 36) “antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, os Entes da federação deverão encaminhar a Programação Anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação. Isso significa que o orçamento deriva do processo de planejamento da gestão⁸⁴.”

Para fiscalização do cumprimento de suas diretrizes, essa lei estabelece que os Conselhos, nas três esferas, devem receber as mesmas informações periódicas de execução orçamentária e financeira enviadas aos Tribunais de Contas. Os Conselhos avaliarão a cada quadrimestre a execução da Programação Anual do Plano de Saúde.

O Ministério da Saúde conta, hoje, com uma área específica para articular o controle social, que é a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

“ A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem a missão de fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, articulação interfederativa, segurança e gestão da informação e promoção da equidade, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no SUS.

Cabe à SGEP propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde e a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, por meio da Ouvidoria Geral do SUS e, por meio das ações de auditoria, contribuir para a alocação e a utilização adequada dos recursos públicos, visando à garantia do acesso e qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.⁸⁵”

A secretaria é responsável pela implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que começou a ser implantada a partir de 2004.

Conselhos municipais de saúde

De acordo com o Portal da Transparência⁸⁶, são responsabilidades do Conselho Municipal de Saúde:

- Controlar o dinheiro da saúde;
- Acompanhar as verbas que chegam pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais;

- Participar da elaboração das metas para a saúde;

⁸⁴A Gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015.

⁸⁵Portal da Saúde. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgep>, acesso em 28/10/2016, às 17hs01min

⁸⁶<http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlesocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp>, acesso em 28/10/2016, 16hs55mins

- Controlar a execução das ações na saúde;
- Reunir-se pelo menos uma vez por mês.

Coerente com a importância do controle social na estruturação do SUS, a legislação confere aos Conselhos atribuições cada vez maiores no planejamento e na fiscalização do sistema. Ferramentas de planejamento setorial, como o Plano de Saúde e sua

Programação Anual passam a integrar o processo de planejamento orçamentário do município por força da LC nº 141/2012, como já citado anteriormente.

A estruturação do Conselho Municipal de Saúde deve ser feita por legislação municipal nos termos da lei nº 8.142/1990, em especial dos parágrafos 2º, 4º e 5º do art. 1º:

// Lei nº 8.142/1990

Art. 1º

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

.....

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.



A lei municipal deve definir o tamanho do Conselho, sua composição e forma de indicação dos representantes. Quanto à composição, o Conselho deve ter um número par de membros (titulares e suplentes), sendo 50% deles representantes dos usuários e 50% representantes dos trabalhadores em saúde, prestadores de serviços e gestores. Não há um número obrigatório de membros, o que deve ser definido na lei municipal, mas o mínimo seria de seis membros para garantir a composição exigida.

O segmento dos usuários em geral é composto por representantes de entidades de usuários do SUS, por ela indicados.

A lei nº 8.142/1990 define que 50% das vagas devem ser destinadas aos segmentos dos trabalhadores em saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores, mas não define sua distribuição, o que deve ser feito na lei municipal. É recomendável que sejam distribuídas igualmente entre os três segmentos.

A Presidência do Conselho Municipal em geral é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde e desde 2006, quando o Presidente do Conselho Nacional de Saúde passou a ser eleito por seus membros. Desde então, muitos municípios têm seguido esse caminho.

Conselhos Gestores

Os Conselhos Gestores ou Conselhos Locais de Saúde não são exigência legal, porém são muito recomendáveis, sendo desejável sua criação por lei, remetendo à regulamentação a decreto do Executivo. São Conselhos estruturados em cada unidade ou serviço de saúde (como Unidades Básicas, Ambulatórios, Prontos-Socorros e Hospitais), participando de sua gestão, acompanhando e fiscalizando seus resultados e buscando aperfeiçoamentos no atendimento da população.

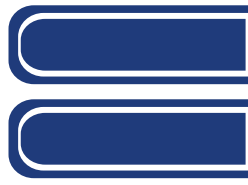
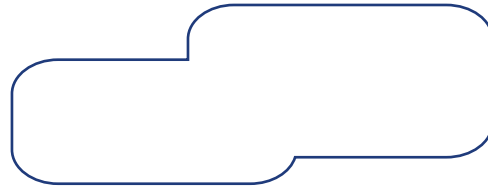
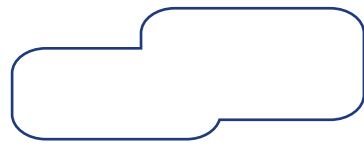
Com a função de acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde prestadas à população e de propor aperfeiçoamentos no processo de planejamento, esses conselhos prestam uma contribuição decisiva na melhoria de funcionamento das unidades por meio do engajamento da população usuária.

O Conselho Gestor deve ter representação dos usuários, dos trabalhadores e do gestor

municipal de saúde - 50% das vagas devem ser destinadas aos usuários que, nesse caso, devem ser usuários da unidade, não de entidades. Os outros 50% são destinados aos trabalhadores da unidade e gestores, em proporção a ser definida.

No caso de unidades de saúde, sob gerenciamento de Organizações Sociais, devem estar contempladas no Conselho Gestor com a seguinte composição: 50% de representantes dos usuários da unidade e 50% de representantes dos trabalhadores, da organização social e do gestor municipal, em proporção a ser definida.

Nos municípios onde a área de saúde é regionalizada também é importante a criação de Conselhos Distritais ou Regionais, formados a partir dos Conselhos Gestores das Unidades.



BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Inovação em Saúde – Rede Bem Cuidar Pelotas

Contexto Anterior

Um dos principais desafios das prefeituras brasileiras, a gestão municipal da saúde deve ser capaz de responder ao aumento constante das demandas por atendimento básico e por especialização. Viabilizada por meio das transferências constitucionais e por recursos próprios, a gestão da política de saúde nos municípios representa lócus estratégico para a inovação de seus modelos.

Pelotas conta, em 2016, com uma rede de 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desde 2013 a prefeitura vinha buscando a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população.

Um dos primeiros passos foi aumentar as Equipes de Saúde da Família (ESF) de 34 para 66, ampliando a cobertura populacional para mais de 70%. O segundo, que levou à criação da frente de trabalho com a Comunitas, foi construir coletivamente um novo conceito de atendimento à saúde, a partir de ações que valorizem não somente o saber técnico, mas que priorizem o cuidado nas relações humanas. Dessa forma, resgata-se a confiança no atendimento público, que se torna um agente propulsor de mudanças em todos os níveis de atenção à saúde.

Descrição

A frente de trabalho, desenvolvida pela Comunitas, em parceria com a Agência Tellus, é voltada à inovação e à melhoria da qualidade dos serviços públicos. Ela desenvolve soluções a partir do processo de cocriação com cidadãos e servidores, buscando aumentar a qualidade dos serviços entregues aos usuários.

Objetivos

Dentre os principais objetivos do trabalho, estão:

- Promover a qualidade e inovação nos serviços públicos de saúde do município de Pelotas, com o envolvimento dos gestores, funcionários públicos e sociedade civil, em oficinas de cocriação de ideias e soluções;
- Tornar o atendimento ao usuário mais ágil e humanizado;
- Ampliar os serviços de saúde oferecidos;
- Capacitar e motivar equipes de saúde;
- Promover maior entendimento dos usuários e proximidade ao cidadão;

Desenvolvimento

O conceito e a metodologia de *design thinking* permearam todo o projeto, realizado pela Agência Tellus, parceira técnica da Comunitas, em três fases: empatia – entendimento empático e exploração do contexto do cidadão e dos servidores; cocriação – construir “com” e não “para” a sociedade civil; e experimentação – testar para aprender errando de forma rápida e barata.

Na fase inicial de diagnóstico e exploração há o momento em que se busca enxergar o desafio da forma mais ampla e holística possível, levantando informações sob diferentes óticas e aspectos. O passo seguinte é sintetizar e organizar os achados de campo e *insights* para transformá-los em desafios, que serão levados para a fase de cocriação, na qual se gera o maior número de soluções possíveis.

Para conhecer melhor as dificuldades enfrentadas pela população, moradores, médicos, enfermeiros e agentes que trabalham na UBS se tornaram “pacientes” por um dia. Com o auxílio de um equipamento, eles simularam as limitações físicas de um idoso – com redução da visão, sobrepeso, dificuldade para locomoção e dores nas juntas –, pessoas com deficiência visual, gestantes

e mães com crianças de colo. Com base nesses experimentos e em suas experiências como servidores e usuários, formularam propostas para adaptar e montar um sistema de atendimento capaz de assistir melhor ao público.

A comunidade também levou ideias que foram agrupadas e organizadas, formando um leque de novos serviços que inovaram o modelo de atendimento da UBS. Entre as melhorias estão a inclusão de fraldário e o aprimoramento do sistema informatizado, que agilizou o atendimento e, conseqüentemente, reduziu o tempo de espera.

Foram realizadas diversas reuniões com a equipe da Secretaria de Saúde com o objetivo de pactuar o plano de sustentabilidade da frente, de forma que as equipes envolvidas pudessem dar continuidade a todas as ações desenvolvidas. Em abril de 2016, foi criado o Núcleo de Ideias da Rede Bem Cuidar, liderado por sua gestora, que mensalmente se reúne com o objetivo de ampliar o acolhimento e preparar os servidores para novos desafios e oportunidades que possam surgir.

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria de Saúde
- Coordenadoria de Estratégia e Gestão
- Saútil
- Agência Tellus

Resultados

As ideias e soluções cocriadas pela comunidade, funcionários e gestores públicos constituem, hoje, os serviços da primeira unidade da Rede Bem Cuidar, a UBS Bom Jesus, que já foi replicada para a unidade Simões Lopes e até novembro de 2016 deve absorver mais uma, a Guabiroba. Há previsão de expansão da Rede Bem Cuidar para outras unidades a partir de 2017.

Inaugurada em janeiro de 2015, a UBS Bom Jesus – projeto-piloto da rede – segue os preceitos do Mapa Estratégico da Gestão Municipal, com foco no respeito e diálogo com o cidadão e inclui iniciativas que melhoram a qualidade de vida dos usuários.

A unidade foi a primeira da cidade a contar com atendimento psicológico e ter em sua equipe Agentes Bem Cuidar, agentes de saúde que passaram a utilizar um aplicativo desenvolvido especialmente para apoiar seu trabalho e que visitam os pacientes em suas casas equipados com tablets, bicicletas e equipamentos de segurança. A Bom Jesus conta, ainda, com o primeiro totem do Clique Saúde Pelotas, outra ação do Programa Juntos, que permite ao cidadão verificar informações sobre medicamentos, vacinação, outros postos de saúde, Samu e informações sobre a própria UBS, como horário de atendimento e equipe de funcionários. Outra inovação é a primeira farmácia distrital do município, que facilita o acesso aos medicamentos gratuitos, inclusive os de alto custo.

Além disso, a unidade possui horta comunitária, cozinha experimental, onde uma nutricionista realiza oficinas para melhorar hábitos



Fotos. Antes e depois da Reforma na UBS Bom Jesus

alimentares dos pacientes, academia ao ar livre, programação de TV educativa e brinquedoteca.

Conheça algumas das soluções disponíveis na Rede Bem Cuidar:

Farmácia distrital. O usuário que necessita de medicamentos de alto custo distribuídos pelo município não precisa mais se deslocar até a farmácia central. A UBS Bom Jesus foi a primeira a adotar o conceito de farmácia distrital, colocando à disposição da população, além dos medicamentos já ofertados nas unidades básicas de saúde, os controlados, ofertados na farmácia central de Pelotas. O modelo gerou grande impacto na vida dos cidadãos pelotenses e foi replicado para outras UBS do município.

Agente Bem Cuidar. Os agentes comunitários realizam visitas à comunidade e criam vínculos com a população. São preparados para apoiar a Estratégia Saúde da Família com foco na adaptação das estratégias para o local. Além disso, realizam o cadastro das famílias, identificam situações de risco social, físico e de saúde, orientam e informam a população sobre saúde e vida saudável. Em Pelotas, o Agente Bem Cuidar conta com um conjunto de soluções que visam melhorar a qualidade do trabalho comunitário de saúde. O Bem Cuidar propõe uma nova interface no trabalho comunitário, mais abrangente e adequada às diversas situações que o agente enfrenta.

Aplicativo Agente Bem Cuidar. Aplicativo destinado aos agentes comunitários, foi desenvolvido para facilitar a gestão do conhecimento pela rede municipal de saúde, aumentando a qualidade da informação trocada entre UBS e comunidade. Além disso, o aplicativo também visa padronizar o trabalho dos agentes comunitários de saúde no município, definindo os critérios para realização das visitas e organizando as informações que são disponibilizadas à população.

Totem de autoatendimento. Instalado na porta de entrada da UBS, oferece aos usuários uma lista de opções de serviço disponíveis na unidade. Dessa forma, a tecnologia se torna uma aliada que agiliza o atendimento e permite que o usuário conheça os serviços sem a necessidade de recorrer à recepção da unidade.

Totem Clique Saúde. Os usuários têm acesso ao site Clique Saúde Pelotas, no qual podem verificar informações sobre medicamentos disponíveis em cada unidade de saúde pública municipal, calendário de vacinação, informações sobre outras UBS, Samu, programas especiais da prefeitura de Pelotas, como o Mãe Pelotense e o Vigilância em Saúde, além de informações sobre a

própria Bom Jesus, como horário de atendimento e equipe de funcionários. Além dos totens localizados nas unidades da Rede Bem Cuidar, a plataforma Clique Saúde pode ser acessada por computador, tablet e smartphone.

Sala de espera especial. Os usuários que esperam atendimento ficam agora numa sala especial com cadeiras confortáveis, ar-condicionado e televisão. A programação da TV traz temas relacionados à saúde – de prevenção ao tratamento.

Acessibilidade. Pessoas com deficiência têm acesso a todos os pontos da UBS, com caminhos traçados e aberturas planejadas para atender a todos.

Banheiros e fraldário. Os usuários têm agora acesso facilitado a banheiros feminino e masculino já na área de entrada. As mães também foram lembradas, sendo a unidade feminina equipada com fraldário.

TV Saúde. Enquanto esperam o atendimento, os usuários podem assistir à TV Saúde, um canal de informações com dicas de saúde e bem-estar.

Novos consultórios odontológicos. A UBS ganhou um novo consultório odontológico, aumentando para dois os espaços destinados ao atendimento realizado pelos dentistas.

Psicólogo. A Bom Jesus é a primeira UBS com atendimento psicológico.

Brinquedoteca. O projeto Vida Ativa disponibiliza recreacionistas que promovem atividades com as crianças da comunidade, como desenhos, pintura e jogos, na sala multiuso.

Cozinha experimental. Uma nutricionista promove oficinas com o objetivo de melhorar os hábitos alimentares da comunidade, na sala multiuso.

Academia ao ar livre. Com auxílio de um educador físico, a comunidade pode praticar exercícios ao ar livre, melhorando ainda mais sua qualidade de vida.

Horta comunitária. Junto à UBS a comunidade tem acesso a uma horta comunitária, que fornece produtos orgânicos e saudáveis.

Bicicletário. Espaço específico para os usuários e funcionários estacionarem suas bicicletas.

Internet livre. Os usuários terão acesso livre à internet por meio de Wi-Fi.

Segurança 24 horas. A UBS tem segurança 24 horas com auxílio de câmeras e agentes de segurança.

Os resultados foram reconhecidos em premiações nacionais e internacionais. Em

setembro de 2016, a Rede Bem Cuidar recebeu o prêmio internacional do *Center for Active Design*, organização sem fins lucrativos de Nova Iorque (EUA) que reconhece iniciativas de engajamento e transformação de comunidades através do *design*. Em julho do mesmo ano, a iniciativa foi eleita a 2ª melhor experiência em saúde do Brasil em 2015 pelo Prêmio InovaSUS, do Ministério da Saúde, na categoria experiência implementada.

O Saútil, parceiro técnico na implementação da plataforma Clique Saúde, teve seu trabalho reconhecido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Brasil, pela oferta de informações de saúde aos brasileiros, contribuindo na resposta a desafios sociais. A homenagem foi feita em setembro de 2015, durante o lançamento do “Relatório anual sobre mercados inclusivos no Brasil”.

Inovação em Saúde - Clique Saúde Pelotas

Contexto Anterior

Aproximadamente 75% da população brasileira não têm planos de saúde e dependem do acesso aos recursos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com o IBGE. Parte da população desconhece plenamente seus direitos em relação aos recursos de saúde disponíveis e como obtê-los da forma correta. Devido à falta de informação, os fluxos de acesso ao sistema de saúde pública muitas vezes causam gastos desnecessários, filas que poderiam ser evitadas e, como consequência, descontentamento por parte da população.

A prefeitura de Pelotas identificou que parte das reclamações dos usuários do SUS não estava diretamente relacionada ao tipo ou à qualidade de atendimento oferecido, mas sim ao fato de que o cidadão não tinha acesso à informação correta sobre os serviços, quando buscava por ela. A partir desse diagnóstico, surgiu a iniciativa da administração municipal de democratizar as informações sobre a rede de saúde disponível aos cidadãos, o que seria viabilizado através da parceria com o Programa Juntos, com a criação da plataforma Clique Saúde.

Descrição

O Clique Saúde é uma ferramenta de busca on-line que permite ao cidadão encontrar informações sobre os recursos disponibilizados pela rede pública de saúde na cidade, como endereço das unidades, exames e consultas disponíveis em cada uma, medicamentos e períodos de vacinação, além de trazer informações sobre os principais programas de

saúde da prefeitura.

O cidadão pode consultar a disponibilidade de medicamentos e serviços nas UBS mais próximas de sua casa, informando seu CEP ou endereço, evitando, assim, deslocamentos desnecessários. A plataforma pode ser acessada pelo computador, *tablet* ou *smartphone*.

Objetivos

A plataforma Clique Saúde tem como objetivo educar, orientar e facilitar o acesso aos recursos de saúde para a população, por meio de um buscador que pode ser consultado a partir de qualquer dispositivo ligado à internet, universalizando o acesso às informações e, como consequência, aos serviços.

É esperado que, por meio da educação e dos conhecimentos adquiridos com a plataforma, o cidadão economize dinheiro na compra de medicamentos que são disponibilizados gratuitamente pelo município, só se desloque para as unidades de saúde quando for realmente necessário e tenha mais facilidade para conseguir o recurso de que necessita, melhorando, desta forma, sua condição de saúde e qualidade de vida.

O Clique Saúde também tem como objetivo reduzir as filas nas UBS e prontos atendimentos com uma melhor orientação do cidadão sobre o fluxo e a atenção primária do sistema público de saúde.

Para os gestores públicos, a plataforma abre um canal de comunicação, gestão e avaliação para que a população saiba mais sobre a administração do sistema público de saúde. Além disso, os gestores poderão acessar informações estatísticas do buscador por meio de um painel de indicadores que gera uma visão mais clara e precisa das demandas do cidadão, permitindo, assim, uma maior eficiência na gestão dos recursos.

Desenvolvimento

O processo teve início com o mapeamento dos gestores públicos responsáveis por cada área de saúde e, conseqüentemente, com o levantamento de todos os dados referentes ao sistema. Após essa etapa, a plataforma de tecnologia do Saútil foi customizada para se

adequar à realidade do município e integrada ao banco de dados da prefeitura.

Paralelamente, foi desenvolvido o *design* da interface a partir das necessidades apresentadas pelos gestores. Após a validação da ferramenta por meio de testes com gestores e usuários e as

adaptações necessárias, o Clique Saúde entrou em operação.

Como benefícios aos usuários do serviço público de saúde, destacam-se a gradativa redução

de filas; economia de tempo e dinheiro com deslocamentos desnecessários; e melhoria no planejamento e distribuição dos recursos municipais.

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria de Saúde
- Secretaria de Comunicação
- Companhia de Informática de Pelotas – Coinpel
- Coordenadoria de Estratégia e Gestão
- Saútil
- Agência Tellus

Resultados

Com o apoio do Programa Juntos, a Secretaria de Saúde implementou a plataforma Clique Saúde com uma interface intuitiva e de fácil utilização. Com ela, o usuário pode buscar informações sobre onde e como ter acesso aos recursos de saúde disponíveis no município: medicamentos, vacinas, equipamentos para deficientes, Samu, unidades e serviços que integram a rede, informações sobre seu funcionamento, calendário e campanhas de vacinação e orientações gerais sobre saúde.

Para os gestores públicos, a plataforma centraliza as informações e fornece estatísticas estratégicas à gestão local, tais como a possibilidade de analisar as demandas específicas em cada região da cidade, de acordo com a categorização das

pesquisas feitas pelos usuários no buscador do Clique Saúde.

Os técnicos da Secretaria de Saúde de Pelotas foram treinados para alimentação de dados e uso do painel de indicadores. Além disso, foi elaborado um Guia de Uso para que possam fazer as atualizações do novo site.

O Clique Saúde pode ser acessado de qualquer lugar por computadores, *tablets*, *smartphones* e também pelos dois totens de autoatendimento localizados nas UBS Bom Jesus e Simão Lopes, ambas parte da Rede Bem Cuidar e as primeiras a receber o equipamento, no final de 2015. Em 2016, a prefeitura de Pelotas iniciou a replicabilidade da ferramenta na cidade.

Contexto Anterior

Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) indicam que, desde 2000, Santos tinha a pior taxa de mortalidade infantil do estado de São Paulo. O índice médio da cidade, em 2014, foi de 13,65, o que significava que a cada mil nascidos vivos quase 16 não sobreviviam até o primeiro ano de vida.

Em 2013, a prefeitura criou o Programa Mãe Santista, com a finalidade de dar assistência à gestante durante toda a gravidez, incluindo pré-natal, parto e pós-parto, com acompanhamento do bebê até o primeiro ano de vida. Além disso, o programa visava a melhoria da qualidade dos atendimentos na rede pública de saúde. No entanto, por meio de entrevistas com gestantes e servidores municipais, foi possível identificar que a maior força do Mãe Santista estava na entrega dos

enxovais, enquanto a maior oferta de consultas e exames não era plenamente reconhecida como uma ação do mesmo programa.

A partir das análises realizadas durante a fase de diagnóstico e exploração concluiu-se que a mortalidade infantil no município era uma questão complexa e multifatorial. Desse modo, a redução do coeficiente só seria possível a partir de um conjunto de soluções diversificadas e que envolvesse diferentes atores.

Com o objetivo de complementar as ações de redução da mortalidade infantil na cidade e criar um serviço acolhedor e efetivo para as gestantes e mães com filhos de até 1 ano de idade, a prefeitura, com apoio do Juntos e parceria técnica da Agência Tellus, criou o projeto Gestante em Foco.

Descrição

Como reduzir a mortalidade infantil a partir de melhorias nos serviços para as gestantes do município? Foi com esse desafio que a prefeitura de Santos, em parceria com o Juntos, iniciou uma jornada que percorreu etapas de exploração, pesquisa, cocriação e implementação de ideias inovadoras, num projeto construído ao longo de um ano, com a participação de diversos atores.

Envolvendo servidores e usuários da rede de

saúde, o Gestante em Foco cocriou diversas soluções que priorizaram o empoderamento das mulheres para a participação ativa em seu próprio cuidado. Na perspectiva do cuidado integral, essas soluções interconectam as diversas dimensões da vida das mulheres, para além da gestação, favorecendo o estabelecimento de vínculos de confiança com o serviço.

Objetivos

O objetivo geral do Gestante em Foco é mobilizar e engajar os cidadãos e servidores públicos no desenvolvimento e implementação de um serviço acolhedor e efetivo para as gestantes e mães de crianças até 1 ano, com vistas à redução da mortalidade infantil em Santos. A meta da Secretaria Municipal de Saúde é atingir um dígito (menor que 10) nessa taxa em 2016.

O mapa de ação criado no projeto visa estabelecer uma linha de cuidado contínuo, focada nas gestantes e pela qual a Secretaria de Saúde passa a atuar de modo interdisciplinar, estimulando a integração entre os diferentes órgãos e promovendo a corresponsabilidade no atendimento às gestantes e mães. O mapa compreende a interconexão das fases e ações descritas a seguir.

- **Planejamento familiar:** fortalecimento das ações de saúde reprodutiva, prevenção a

gestação indesejada e promoção de ações de autopercepção.

- **Pré-natal:** garantia da classificação contínua de gestações com risco biológico, desenvolvimento de serviços para gestantes que não aderem ao pré-natal e promoção de vivências e práticas educativas para usuárias e familiares.

- **Parto:** integração do fluxo de informações, melhora no acolhimento e humanização.

- **Pós-parto:** garantia do vínculo dos usuários com a rede e fortalecimento do aleitamento.

Além dessas soluções, o projeto visa a integração das ações da Secretaria da Municipal da Saúde e da Seção de Vigilância à Mortalidade Materno-Infantil através da valorização e do cuidado contínuo dos servidores, integração da rede de saúde, incorporação do diagnóstico interdisciplinar das gestantes e criação de práticas resolutivas.

Desenvolvimento

Para iniciar um trabalho de impacto tão importante na cidade foi preciso desenvolver um diagnóstico com base em dados oficiais, como plataformas de transparência, entrevistas e visitas à rede pública de saúde, entre outros canais.

Ao todo, foram realizadas 55 entrevistas, 4 oficinas e 40 visitas, bem como a análise de dados de diferentes órgãos e departamentos da prefeitura e ampla pesquisa, tanto nacional quanto internacional.

Somente depois de concluído esse diagnóstico, foi iniciada a fase de cocriação. Ela se deu por inúmeras oficinas e reuniões, com o objetivo de gerar o maior

número possível de ideias. Em seguida, todas as sugestões foram agrupadas e desenvolvidas para que se tornassem soluções de implementação viável na rede de saúde santista.

Devido ao cenário de múltiplas causas da mortalidade infantil no município, a criação das ações para melhoria do atendimento à gestante também exigiu a complementação de diversos níveis de soluções. Dessa forma, o Gestante em Foco nasceu como um conjunto de soluções para complementar o Programa Mãe Santista, em que a gestação é vista como uma oportunidade para preparar a mulher, as pessoas do seu entorno e a

rede de saúde para as transformações da gestação, fortalecendo uma rede de apoio integrada e corresponsável pela prática do cuidar.

Durante a etapa de cocriação, foi elaborado um cardápio de soluções que deveriam ser implementadas nos diferentes departamentos, coordenadorias e unidades responsáveis pelo atendimento às gestantes, mães e bebês, divididas em:

- soluções de contato, diretamente relacionadas aos usuários e de convívio próximo com a comunidade;
- soluções de conexão/de ligação, permitem melhor circulação das informações e fluxos do programa; e

• soluções estruturais, que podem parecer invisíveis, mas são indispensáveis para a sustentação do projeto.

Das mais de 40 soluções cocriadas, a prefeitura priorizou as 20 que apresentavam maior potencial de resolução e disseminação na rede. A partir da criação de estratégias resolutivas, a Secretaria da Saúde passou por um processo de transformação que ampliou seu potencial de intervenção nos diversos níveis da gestão da prefeitura e até do município, propiciando a reflexão sobre seus métodos de trabalho e fluxos de atendimento, como também de sua própria cultura.

Interlocutores

- Secretaria de Saúde;
- Secretaria de Assistência Social;
- Secretaria de Educação;
- Secretaria de Gestão;
- Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Inovação;
- Agência Tellus

Resultados

No âmbito do projeto Gestante em Foco foi criada a Escola das Mães, conjunto de atividades educativas que complementam as consultas médicas e preparam as mulheres e sua rede de apoio para questões relacionadas à maternidade, à saúde reprodutiva, à gestação, ao pós-parto e aos direitos da mulher. As atividades para gestantes se somam às consultas, constituindo o pré-natal ampliado.

A Escola das Mães inclui a capacitação de servidores para ministrar atividades práticas, materiais para facilitadores (itens multimídias, materiais de papelaria e kit didático de aleitamento e parto), e kit para a

usuária (fichários com os conteúdos das atividades e pastas), além da sala oficial de atividades no Instituto da Mulher e Gestante e o aplicativo Escola das Mães.

Além disso, a prefeitura iniciou a construção de um aplicativo para facilitar o acesso às informações sobre a gestação, maternidade e saúde reprodutiva, além das atividades da escola e registros durante a gravidez. Após implementado, este seria o primeiro aplicativo do Brasil voltado para gestantes, criado por uma prefeitura.

Inclui o perfil da usuária, agenda para marcação de consultas, atividades e conteúdo da Escola das Mães

e orientações em casos de emergência, bem como avaliação de consultas, exames, visitas domiciliares, dicas e lembretes.

Atualmente, as atividades da escola acontecem em sete equipamentos de saúde de Santos: Seção Instituto da Mulher e Gestante, Unidade de Saúde da Aparecida, Unidade Básica de Saúde Pompeia – José Menino, Unidade de Saúde Vila Mathias, Policlínica do Jardim São Manoel, Unidade da Saúde da Família do Jabaquara e Unidade de Saúde da Família Martins Fontes – Vila Nova. Até o mês de junho de 2016, a Escola das Mães havia formado 157 grupos, somando 1.300 participantes.

Outro resultado do projeto foi a formação do Grupo de Referência da Escola das Mães, composto por três servidoras da Secretaria da Saúde, as quais serão responsáveis por acompanhar, organizar e divulgar a ação na cidade. Já o Time de Facilitadores conta com 13 servidoras da Saúde e demais pastas, além de parceiros externos, que passam por treinamentos semestrais em técnicas de moderação de grupos e conteúdo programático. O objetivo do time é disseminar os conceitos e atividades da escola nos diferentes equipamentos de saúde da cidade.

Dados da Secretaria Municipal da Saúde mostram que houve um aumento de 48% da participação dos pais nos exames de pré-natal, indicador monitorado pela prefeitura desde 2013, resultado alavancado também pelas ações do Gestante em Foco.

Já uma prioridade da atual gestão, a questão materno-infantil foi ainda mais valorizada com a adoção do projeto Gestante em Foco, tendo

contribuído decisivamente para um dos principais resultados obtidos pela prefeitura de Santos nesta área: o coeficiente de mortalidade infantil caiu de 13,69, em 2014, para 10,80, em 2015, o menor índice da história da cidade.

Apesar da marca ainda estar acima do padrão considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (10 mortes a cada mil nascimentos), os dados apontam um grande avanço em relação ao início dos anos 1980, quando a marca superava a casa dos 30.

Segundo a Secretaria da Saúde, outra grande conquista alavancada pelo Gestante em Foco foi o reconhecimento dos equipamentos públicos de saúde municipais, o aprimoramento da qualidade dos serviços oferecidos às gestantes, às mães e aos bebês e a valorização do próprio sistema público de saúde público santista.

As três principais ações criadas com o Gestante em Foco são:

- novo Kit Mãe Santista, uma ampliação do kit que já era entregue pela prefeitura, porém agora dividido em 3 fases, referentes aos 3 diferentes momentos da gestação;
- Escola das Mães, conjunto de atividades educacionais que complementam as consultas médicas e preparam as mulheres e sua rede de apoio para a maternidade; e
- aplicativo Escola das Mães, primeiro voltado para mães e gestantes criado por uma prefeitura no Brasil, que visa facilitar o acesso a informações sobre gestação, maternidade e saúde reprodutiva.

Benchmarking de Saúde em Paraty

Contexto Anterior

A área de saúde em Paraty era uma das mais suscetíveis e também a mais mal avaliada pela população, segundo a pesquisa realizada pela assessoria de comunicação da prefeitura, em agosto de 2014, que apontou índice de reprovação de 80%. Ainda no início do governo, em 2013, foi decretado estado de emergência em saúde, que não surtiu o efeito desejado e aumentou a percepção dos paratienses de que haveria desperdício de recursos no setor.

As despesas da área eram custeadas com verbas

dos *royalties* de petróleo. O Fundo Municipal de Saúde estava desestruturado e Paraty não adotava os procedimentos necessários para receber recursos do SUS, agravando o cenário de crise. A gestão do Hospital Municipal São Pedro de Alcântara, principal porta de entrada da rede, era feita de modo semiprofissional, com coordenadores indicados por critérios políticos e nenhum tipo de controle sobre gastos com suprimentos e medicamentos.

Descrição

Com a reestruturação do Fundo Municipal de Saúde e formação de uma equipe específica e capacitada para geri-lo e avaliar as oportunidades de receitas junto ao SUS, houve a necessidade de buscar alternativas para garantir a melhoria da prestação de serviços de saúde para os

cidadãos. Uma das soluções encontradas foi o estabelecimento de uma parceria para a gestão do hospital municipal. A prefeitura buscou novas modalidades de gestão, optando pela aprovação de uma lei que permitisse a contratação de uma organização social (OS).

Objetivos

Apoiar a melhoria da gestão do hospital municipal a partir do aprimoramento de processos administrativos, até outubro de 2015.

Desenvolvimento

Com o apoio do Programa Juntos e consolidação da frente de Apoio à Gestão de Saúde, a secretaria conseguiu reestruturar não somente o Fundo Municipal de Saúde, como desenvolveu novas formas de gestão de suas áreas, em especial do hospital São Pedro de Alcântara, o único da cidade.

A prefeitura de Paraty desenvolveu e encaminhou para a Câmara dos Vereadores projeto de lei com o objetivo de regulamentar a contratação de organizações sociais para atuação em parceria com o poder público municipal.

Aprovada a lei, a administração municipal deu início a um processo de chamamento público para a escolha da OS que viria a administrar o hospital. Três entidades se inscreveram, sendo escolhida pelo critério de pontuação previsto no edital a organização social Viva Rio.

O contrato de cogestão do hospital municipal tinha como meta reverter o cenário de insatisfação com serviços de saúde, atingindo em até dois anos 90% de aprovação junto aos usuários. O contrato também estabeleceu a meta de instalação de uma UPA (Unidade De Pronto Atendimento) provisória, para viabilizar a construção do novo pronto-socorro municipal.

A OS Viva Rio iniciou sua operação em Paraty em dezembro de 2015. Um diretor clínico e um diretor administrativo foram nomeados para gerir o complexo hospitalar. Em fevereiro de 2016, a OS entregou à prefeitura as instalações da UPA 24h, atendendo a meta contratual. Dessa forma foi possível iniciar a obra do pronto-socorro municipal.

Orçada em R\$ 15 milhões, a obra conta com repasses assegurados pela Eletronuclear, advindos de contrapartida social em decorrência da construção da usina de Angra 3. O projeto foi licitado pela prefeitura entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016. Em março de 2016 a administração municipal demoliu o antigo pronto-socorro e firmou o contrato com a Viva Rio, vencedora da licitação.

Em abril de 2016, a empresa iniciou a construção do PS. Atualmente, a obra está em fase de assentamento da laje. O projeto, que foi apresentado à população em audiência pública em dezembro de 2015, prevê a construção de 80 leitos, salas de observação adulta e pediátrica e um novo centro cirúrgico.

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria de Saúde
- Viva Rio
- Eletronuclear

Foi aprovada lei das organizações sociais. Hoje, o hospital e a UPA municipal são geridos pela Viva Rio, organização social do Rio de Janeiro, com expertise na área. A nova unidade de pronto atendimento foi inaugurada em 4 de fevereiro de 2016, e, antes de completar um mês de atividade, já contabilizava mais de 5.500 atendimentos, um aumento de 250% no fluxo registrado no antigo pronto-socorro. Um novo levantamento foi feito juntos aos usuários e houve 85% de satisfação entre os entrevistados,



Hospital antes e depois da reforma

conforme dados da Ouvidoria disponibilizados em setembro de 2016.

A obra do hospital está em andamento e deve ser concluída em abril de 2017, a depender dos repasses da Eletronuclear.



Apoio a Gestão de Saúde em Paraty

Contexto Anterior

Assim como acontece em grande parte das prefeituras brasileiras, a de Paraty também enfrenta desafios para a manutenção, organização, ampliação e qualificação dos serviços e equipamentos previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, com isso, para a garantia do acesso ao direito à saúde da população paratiense. Essa situação requer um constante aprimoramento

dos instrumentos e modelos de gestão que redundem em ganhos de eficiência no curto prazo, pela qualificação da municipal. Em um breve diagnóstico realizado sobre a gestão da saúde no município, foi possível perceber que, a despeito da motivação do gestor da pasta no período, faltavam mecanismos e ferramentas para a entrega dos serviços almejados pelos paratienses.

Descrição

Em um contexto de restrição de recursos provenientes dos royalties do petróleo, a frente de Apoio à Gestão de Saúde buscou auxiliar a equipe da Secretaria de Saúde de Paraty na reorganização e repactuação de seus gastos, para otimizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Objetivos

O trabalho teve como objetivo o suporte e acompanhamento das ações estratégicas e cotidianas da gestão da saúde no município, bem como a implantação dos projetos de atenção, gestão, vigilância e controle social. A meta principal do projeto previa o resgate de R\$ 10 milhões para o FMS.

Desenvolvimento

O projeto iniciou o aprofundamento do diagnóstico situacional da gestão municipal, estimulando, paralelamente, a busca pelo cumprimento dos prazos e normativas estabelecidas no âmbito do SUS, em cumprimento à legislação vigente.

Nesse campo, apoiou o cumprimento do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), do Relatório de Gestão – RAG/ Sargsus, Sispacto, do Plano Municipal de Saúde e do Plano de Atendimento à Saúde – PAS 2014 e 2015, bem como a realização da Conferência Municipal de Saúde, de Audiência Pública/Lei 141/2011 e o acompanhamento das demandas da Comissão Intergestores Regional (CIR), entre outros.

Além disso, foi discutida uma proposta de nova estrutura organizacional e funcional, sistematizando cargos, funções, atribuições e responsabilidades inerentes à gestão, com o objetivo de melhorar a

capacidade operacional e resolutiva da Secretaria da Saúde.

Em seguida, teve início a fase de reestruturação do Fundo Municipal de Saúde de Paraty, que contou com grande esforço para que se formatasse uma nova política de utilização dos recursos provenientes do SUS. O foco do trabalho buscou a operacionalização e normatização do fundo de acordo com a legislação específica do SUS e do Ministério da Saúde, em consonância com a legislação municipal.

A frente foi encerrada em junho de 2016, com o alcance das metas estabelecidas e com a internalização dos processos e métodos pela prefeitura. A partir de julho, a Comunitas passou a acompanhar os resultados junto à Secretaria de Saúde de Paraty.

Interlocutores

• Comunitas

Diversos resultados foram alcançados com a frente em um curto espaço de tempo. Os primeiros envolveram a formatação do novo organograma funcional da Secretaria de Saúde e a reorganização dos espaços físicos, contribuindo para a construção de um ambiente mais funcional e dinâmico.

Além disso, foi realizada uma análise criteriosa da legislação vigente local, como, por exemplo, a Lei Orgânica do Município, o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, leis de criação do Fundo Municipal de Saúde, pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores pendentes dos exercícios de 2014 e 2015. Os diversos instrumentos do SUS foram validados e estão em dia: Siops 2014 e 2015; relatório de gestão através do Sargsus, com inclusão do Plano Municipal de Saúde; e apoio ao processo de pactuação regional do SisPacto e do PAS 2014 e 2015.

A Secretaria de Saúde de Paraty voltou a participar das reuniões mensais da Comissão Intergestores

do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ) e realizou a Conferência Municipal de Saúde de Paraty de 2015 dentro do prazo.

Houve, ainda, a efetivação de estudo detalhado do orçamento vigente do FMS da SMS, com objetivo de criar dotações orçamentárias dentro dos blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde. Também foi adotada a coordenação colegiada junto a todos os setores do Fundo Municipal de Saúde, tendo como prioridade equilibrar as movimentações financeiras em compatibilidade com o Tesouro Municipal, priorizando a real utilização dos recursos financeiros do SUS repassados pelos governos federal e estadual, nas despesas com ações e serviços de saúde. Assim, foi possível realizar uma **captação de R\$ 12.402.649,17**, constituída com recursos do Sistema Único de Saúde de julho de 2015 a junho de 2016, superando a meta estabelecida inicialmente.

Inovação em Saúde - Clique Saúde Paraty

Contexto Anterior

Aproximadamente 75%⁸⁰ da população brasileira não têm plano de saúde e dependem integralmente dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Parte desconhece plenamente seus direitos em relação aos recursos de saúde disponíveis e como obtê-los da forma correta. Devido à falta de informação, os fluxos de acesso ao SUS muitas vezes ocorrem de maneira distorcida, causando gastos desnecessários, filas que poderiam ser evitadas e, conseqüentemente, descontentamento por parte da população.

A cidade de Paraty conta com oito unidades básicas de saúde, além do Hospital Municipal São Pedro

de Alcântara e do Centro Integrado de Saúde (CIS). A atual gestão tem priorizado investimentos no setor saúde na forma de obras de saneamento básico, instalação da UPA 24h e construção do novo pronto-socorro municipal. Antes sem nenhuma cobertura de coleta de esgoto, Paraty já conta com 20 quilômetros de rede instalada, projetando iniciar até o final do ano a construção da sua estação de tratamento de resíduos. Em fevereiro de 2016, foi instalada a UPA 24h, resultado da parceria público-privada com a OS Viva Rio, que transformou Paraty em referência no atendimento de urgência na Costa Verde.

⁸⁰<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>

A reformulação da gestão da saúde em Paraty, com ênfase na transparência, incluiu ainda a reestruturação do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, bem como a definição de metas de médio e longo prazos através das Conferências Municipais de Saúde.

A despeito desses avanços, os cidadãos paratienses só podiam acessar as informações sobre os

serviços de saúde pessoalmente ou pelos telefones disponibilizados no site da prefeitura. Após conhecer a experiência de Pelotas (RS) e o sucesso do Clique Saúde, a Secretaria de Saúde de Paraty percebeu que esta poderia ser uma ferramenta importante para a cidade, visto os aspectos geográficos do território e a localização das unidades de saúde.

Descrição

A plataforma Clique Saúde propõe uma nova forma de pesquisar os recursos disponíveis no município, de maneira muito mais simples e direta. O seu principal objetivo é facilitar a vida do cidadão, orientando-o, por exemplo, sobre como retirar um medicamento ou acessar uma unidade de saúde.

A implementação da plataforma Clique Saúde partiu de um levantamento de dados referentes ao sistema de saúde da cidade, que foi produzido em parceria com os gestores de cada área. Após

essa etapa, a plataforma foi customizada para Paraty, adequando-se à realidade local, tendo sido integrada ao banco de dados da prefeitura.

O lançamento da plataforma aconteceu em setembro de 2016, dando aos usuários do serviço público de saúde acesso às informações de maneira rápida, prática e didática. Além disso, o Clique Saúde representa economia de tempo e dinheiro, uma vez que evita deslocamentos desnecessários até uma unidade de atendimento.

Objetivos

O projeto da plataforma Clique Saúde Paraty visa educar, orientar e facilitar o acesso da população aos recursos de saúde por meio de um buscador virtual, que pode ser acessado de qualquer local que disponha de internet. Essa característica contribui para universalização e disseminação do acesso às informações e, como consequência, aos serviços públicos disponíveis aos cidadãos.

Por meio da educação e dos conhecimentos adquiridos pela plataforma, é esperado que o município também economize seu dinheiro evitando a compra de medicamentos que já são

disponibilizados gratuitamente pelo SUS e só se deslocando para as unidades de saúde quando for realmente necessário, melhorando, dessa forma, sua condição de saúde e qualidade de vida.

Potencialmente, o Clique Saúde Paraty pode também reduzir as filas nas unidades básicas de saúde e prontos atendimentos, graças a uma melhor orientação do fluxo e da atenção primária.

Para os gestores públicos, a plataforma abre um canal de comunicação, gestão e avaliação, permitindo à população conhecer melhor a

administração do sistema público de saúde. Além disso, os gestores podem acessar as informações estatísticas do buscador através de um Painel de Indicadores, que gera uma visão

mais clara e precisa das demandas do cidadão, possibilitando, assim, uma maior eficiência na gestão dos recursos.

Desenvolvimento

Em abril de 2016 foi iniciada a implementação do Clique Saúde Paraty, a partir da de uma reunião com a Secretaria de Saúde para definição do ponto focal e levantamento de dados sobre a rede de saúde local. Além disso, ocorreu o alinhamento com o Departamento de Comunicação e a empresa de tecnologia municipal, de modo a viabilizar a vinculação da plataforma ao site da prefeitura e à página da Secretaria de Saúde, assegurando o levantamento de hospedagem.

A customização do Clique Saúde Paraty, levando em consideração as características da cidade, seus programas de saúde e outras informações, a pedido do secretariado, foi executada e atrelada ao desenvolvimento do *layout*.

Outra importante etapa do projeto foi a formatação e realização da pesquisa sobre a percepção da

procura de informações de saúde nas unidades básicas e UPA. Essa pesquisa foi fundamental para a medição dos resultados no futuro. A pesquisa identificou que 95% dos entrevistados têm acesso à internet e 61% querem ter maiores informações sobre o tema.

Foi desenvolvido um plano de comunicação para que haja ampla divulgação da plataforma, atingindo o máximo possível de cidadãos e melhorando o acesso às informações de saúde.

Com o projeto finalizado, os gestores públicos e servidores estão capacitados para dar continuidade ao Clique Saúde em Paraty, por meio da transmissão de conhecimento e treinamentos aplicados durante a execução do projeto, tanto da Secretaria de Saúde e quanto do Departamento de Comunicação.

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria de Saúde
- Departamento de comunicação
- AM4 – Empresa de Tecnologia
- Saútil

Resultados

A plataforma foi lançada em 20 de setembro de 2016. Em apenas dez dias de operação, o Clique Saúde em Paraty registrou 251 usuários únicos que acessaram a plataforma, atingindo 3.510

visualizações. No mesmo período foram realizadas 103 buscas por medicamento, 1.438 por vacinas e 445 por unidades de saúde.

O Clique Saúde Paraty possui informações completas da rede, tais como:

- Unidades de saúde
- Medicamentos
- Vacinação
- Consultas e exames
- Urgência e emergência

Além de informações sobre como acessar o SUS,

programas de saúde desenvolvidos no município e vigilâncias em saúde, a plataforma disponibiliza um canal para ouvir o cidadão e telefones úteis da rede.

O Clique Saúde fica como um legado para a prefeitura e a cidade, sem qualquer custo de manutenção, podendo ser atualizada com novas informações a qualquer momento.

A plataforma pode ser acessada em <http://cliquesaude.pmparaty.rj.gov.br/>

Inovação em Saúde - **Acolhe Saúde e e-você** Campinas

Contexto Anterior

Em Campinas, a rede municipal de serviços de saúde é composta por unidades próprias, conveniadas e contratadas, abrangendo a atenção básica e de média e alta complexidade. Por ser um centro de referência regional para o setor saúde, a cidade também absorve a demanda de municípios do seu entorno.

A rede municipal é composta por 63 unidades básicas de saúde (UBS), que são responsáveis pela atenção básica; mais de 20 unidades próprias de referência com atendimento especializado, três das quais policlínicas; e oferta de atendimento em hospitais e serviços ligados às universidades PUC-Campinas e Unicamp, além de outros centros de referência com equipes multiprofissionais para atendimento a grupos de risco específicos.

O sistema de urgência e emergência, por sua vez, é composto por quatro unidades de pronto atendimento, o Samu (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), os prontos-socorros do

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e do Complexo Hospitalar Ouro Verde, além de serviços conveniados e contratados.

Entre as unidades de pronto atendimento está a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Sérgio Arouca, conhecido localmente como PA Campo Grande. Inaugurado em 25 de julho de 2008 com o objetivo de ampliar o atendimento de saúde na região, situa-se em uma das áreas mais populosas da cidade, com mais de 190 mil habitantes. O PA Campo Grande passou a ser um serviço de saúde fundamental para a população local, formada em sua maioria por cidadãos que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

A parceria com o Programa Juntos e o início da frente de Cocriação de Serviços de Saúde, focada nessa unidade, buscou identificar oportunidades de melhoria e transformação do serviço oferecido à população.

Objetivos

Mobilizar e engajar o cidadão e servidor público no desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em serviços públicos de saúde. Tornar o atendimento ao usuário mais ágil e humanizado e ampliar os serviços de saúde oferecidos.

Desenvolvimento

A metodologia do *design thinking* e inovação aplicada foi dividida em dois grandes momentos: o primeiro envolvia o Mergulho e Cocriação de Ideias, o segundo o Desenvolvimento e Execução de Soluções.

A primeira fase destinava-se, a princípio, ao diagnóstico dos pontos de transformação junto aos usuários e prestadores do serviço de saúde. Na segunda, os pontos identificados foram discutidos conjuntamente e, a partir da análise, propostas soluções. Para subsidiar essa fase de diagnóstico, discussão e proposição de soluções foram utilizadas as seguintes ferramentas:

- Oficinas de cocriação, nas quais médicos e enfermeiros, gestores de saúde e cidadãos foram colocados na mesma sala para, juntos, pensarem em desafios do serviço de pronto atendimento. O diálogo entre de diferentes atores permite que os participantes trabalhem a partir de diversas perspectivas, o que fomenta a produção de insights valiosos. Para quebrar as barreiras de linguagem e a postura decorrentes dessa diversidade, foram trabalhados elementos lúdicos e inspiracionais, transportando o diálogo para além de percepções cotidianas e facilitando o acesso a camadas mais profundas de entendimento.
- Um blog, que compilou os debates realizados nas oficinas de cocriação, facilitadas pela Agência Tellus. Os principais aprendizados das oficinas foram registrados em gravações denominadas Tellus TV para que os interessados pudessem assistir e comentar.



87	90	7	246
Inspirações	Propostas	Propostas na votação	Comentários
90	184	24.056	84.853
Dias ativos	Membros na comunidade	Visitantes únicos	Visualizações

- Criação da plataforma e-você Campinas, que propôs aos cidadãos diferentes perguntas sobre os desafios da saúde no município, convidando a todos a apresentarem propostas e soluções. Em Campinas a plataforma funcionou em quatro etapas. Na primeira, com duas semanas de duração, o cidadão contribuiu com inspirações e boas práticas já existentes em outros locais do Brasil e do mundo. Na segunda etapa, com mais duas semanas de duração, o cidadão foi convidado a fazer sugestões práticas de como melhorar o serviço proposto. O conjunto de sugestões passou a ser avaliado pela Secretaria de Saúde e Tellus, de modo a selecionar as inovações possíveis de serem implantadas. Após essa seleção, as propostas consideradas viáveis foram colocadas em votação para o público decidir a prioridade de implementação. Os autores das ideias vencedoras

e os participantes mais ativos foram convidados a participar da solenidade de implantação da melhoria nos serviços públicos. Para garantir a eficácia da plataforma e testar a seu funcionamento junto a uma população com pouca experiência em processos participativos virtuais, testes de interface foram realizados com pacientes nas esperas de unidades de saúde.

Na segunda fase do projeto a equipe passou a transformar essas ideias em ações reais, apoiando a implementação das soluções. Num papel de articulação e facilitação, foram envolvidos profissionais de diversas áreas para viabilizar as ideias propostas. Esse segundo momento foi o

de desenvolvimento e execução de soluções. Estas foram desenvolvidas buscando-se acessar o potencial máximo de atores e contextos locais e próprios da prefeitura, articulando encontros inspiradores e unindo pontos de vista diversos. Assim, servidores foram empoderados para inovar dentro de sua instituição, sem a necessidade de grandes aquisições e dispêndio público. Um outro aspecto desenvolvido nessa fase foi a expansão de horizontes que, por meio de soluções externas trazidas ao município, incorporou práticas de excelência como, por exemplo, o protocolo único de classificação de risco, o Protocolo de Manchester.

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria de Saúde
- Secretaria de Administração
- Secretaria de Comunicação
- Agência Tellus

Resultados

Uma das soluções mais notáveis do serviço e mais visíveis aos pacientes foi a reforma do PA Campo Grande. Mais que uma simples mudança da estrutura física, ela agregou soluções que qualificaram a assistência e aprimoraram os fluxos de atendimento.

A partir das propostas cocriadas por profissionais da saúde de diversos setores e usuários do serviço, um time de arquitetos desenvolveu estratégias para a otimização do espaço, criando novos leitos e serviços, como um consultório odontológico e um laboratório-satélite. Além disso, os espaços



de espera foram repensados para o conforto do cidadão e os fluxos de atendimento, reestruturados.

A reforma e o projeto arquitetônico foram

viabilizados pelo município por meio de contrapartidas empresarias, destacando Campinas pela capacidade de alternativas que possibilitam o alcance de seus objetivos. Além disso, a reforma foi realizada com base nos critérios de qualificação e habilitação de UPA 24 horas do Ministério da Saúde, que significou um incremento de até R\$ 350 mil/mês nos recursos para despesas correntes de manutenção da unidade, que passou a funcionar em tempo integral oferecendo atendimento a casos de emergência de média complexidade.

A partir da necessidade de treinamentos, capacitações e ferramentas para lidar com um cotidiano de alta tensão, apontada pelos servidores, na área de urgência e emergência foram realizadas quatro oficinas de comunicação não violenta (CNV) em PA, ofertadas a 60 profissionais da prefeitura, criando assim multiplicadores na rede. Além disso, para atender à necessidade de fortalecer e trazer novos sistemas e processos para o serviço de saúde, de modo a organizar fluxos de atendimento e

conferir maior assertividade no acolhimento, foi estabelecido um protocolo único de classificação de risco, o Protocolo de Manchester, e aplicada metodologia de gestão de processos LEAN no PA Campo Grande, formando médicos, enfermeiros e gestores.

Finalmente, com o objetivo de ampliar o alcance de informações pertinentes sobre cuidados e serviços de saúde, e promover uma melhora significativa na fluidez da relação dos usuários com a rede, foram criados dois importantes meios de comunicação, o Canal de Vídeos, que prevê a instalação de aparelhos de televisão nas áreas de espera, com transmissão de conteúdos de saúde; e o Campinas e-você, plataforma de inovação aberta, por meio da qual a prefeitura convida os cidadãos a participarem de decisões de governo. A plataforma recebeu 87 inspirações e 90 propostas, das quais 7 foram para votação, gerando mais de 84 mil visualizações. Na edição de Campinas o desafio lançado foi:

Como podemos deixar o serviço de saúde mais eficiente, confortável e acolhedor? Ao final do processo a proposta vencedora ofereceu uniformes para os profissionais dos PA.



RECEPÇÃO



EMERGÊNCIA



SALA DE
MEDICAÇÃO



NOVOS
CONSULTORIOS
ODONTOLÓGICOS

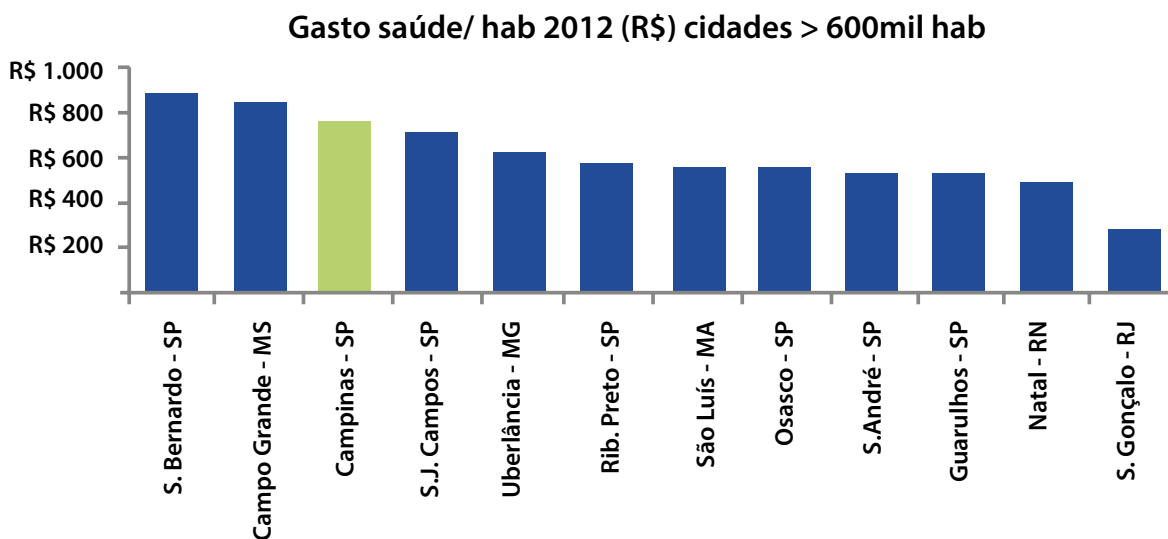


EMERGÊNCIA
AMPLIADA LEITOS

Desdobramentos de Metas em Saúde – Campinas

Contexto Anterior

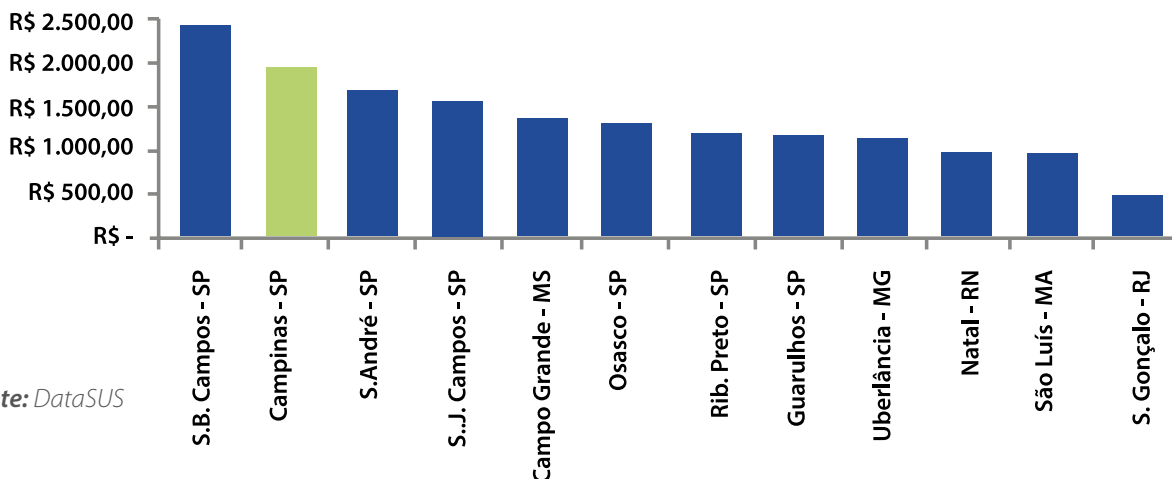
Campinas, assim como a maior parte das cidades brasileiras, enfrenta o desafio de manter a qualidade dos serviços de saúde e fazer frente à crescente demanda dos cidadãos que dependem do Sistema Único de Saúde. Segundo dados do DataSUS, o município campineiro gastava em 2012 o terceiro maior volume de recursos per capita em saúde, na comparação com cidades de perfis semelhantes⁸⁹.



Fonte: DataSUS

Campinas assumia a segunda posição entre os municípios de referência quando se calculava o recurso gasto em função apenas da população SUS-dependente.

Gasto saúde/ hab SUS dependente 2012 (R\$) cidades >600mil hab



Fonte: DataSUS

A cidade dispndia, em 2012, mais de R\$ 850 milhões com saúde, representando 26% do orçamento, superando as vinculações mínimas exigidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que determina que 15% do orçamento municipal sejam direcionados para a saúde.

A Frente de Saúde teve início em dezembro de

2013, com a definição, pela equipe da Falconi e pelos coordenadores distritais da Secretaria de Saúde de Campinas, dos dez centros de saúde em que se daria a atuação, dois em cada distrito, de forma a pulverizar e garantir a heterogeneidade dos resultados.

Descrição

A frente de Desdobramento de Metas em Saúde buscou atuar no aperfeiçoamento do gerenciamento das rotinas dos centros de saúde, com ênfase na revisão dos padrões de

atendimento, treinamento dos funcionários que lidam diretamente com o cidadão e, capacitação dos supervisores dos distritos de saúde.

Objetivos

A frente tem como objetivo auxiliar na melhoria do atendimento em atenção básica e aperfeiçoar o seu gerenciamento em dez centros de saúde de Campinas, buscando, assim, conferir maior eficiência aos gastos com saúde no município.

Distrito	Centro de Saúde	Responsável
Leste	52 Boa Esperança	Maria Eugênia
	12 São Quirino	Nicéia de Cássia
Nordeste	22 Florence	Maria Aparecida
	61 Lisa	Eliane Camargo
Norte	27 Aurélia	Maria Ângela
	36 São Marcos	Valéria Aguiar
Sudoeste	46 Santo Antonio	Wanice Silva
	8 União de Bairros	Dóris Miriam
Sul	40 Parapanema	Márcia Helena
	16 São Jose	Antonio Ângelo



Desenvolvimento

Para concepção da frente foram desenvolvidas as seguintes etapas:

- Construção das árvores de indicadores de atendimento dos centros de saúde
- Definição das metas de melhoria por centro de saúde
- Definição e estruturação dos indicadores de satisfação dos usuários e suas metas
- Análise do processo e elaboração do plano de ação
- Revisão dos padrões de atendimento
- Definição da sistemática de acompanhamento e controle

Em conjunto com a equipe de acompanhamento, o parceiro técnico desenvolveu uma árvore com os principais indicadores da atenção básica, dividida em dois ramos: acesso e qualidade na prestação do serviço, além do painel de indicadores.

Para construção da árvore de indicadores e o

estabelecimento de metas foram realizadas as seguintes atividades:

- Visita aos centros de saúde
- Levantamento de boas práticas
- Acompanhamento dos agentes de saúde
- Validação das metas pelo secretário de Saúde, representantes distritais e coordenadores dos CS
- Definição e estruturação dos indicadores de satisfação dos usuários
- Levantamento e priorização das causas
- Validação dos planos de ação e indicadores com o secretário de Saúde e a equipe gestora
- Definição da rotina de acompanhamento dos resultados e da execução dos planos de ação pelos gestores da saúde e pelo Núcleo de Sustentabilidade

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria de Saúde
- Secretaria de Administração
- Secretaria de Chefia de Gabinete
- Secretaria de Gestão e Controle
- Falconi Consultores de Resultado

Resultados

Foram entregues dez árvores de indicadores e metas, uma para cada unidade envolvida, sendo duas em cada distrito, de forma a pulverizar e garantir a heterogeneidade dos resultados e, ainda, facilitar a posterior replicabilidade das experiências. A implementação e a execução, bem como a continuidade e o acompanhamento dos planos de ação, ficaram sob responsabilidade dos gestores da saúde e do Núcleo de Sustentabilidade da prefeitura.

Diagnóstico de Folha de Pagamento – Juiz de Fora

Contexto Anterior

A busca pelo equilíbrio das contas públicas ainda é um dos grandes desafios dos gestores das cidades brasileiras, sobretudo considerando o cenário econômico que impõe quedas de arrecadação e, conseqüentemente, orçamentos menores aos municípios. Com isso, faz-se necessária a reavaliação de processos internos da gestão pública para se atingir uma maior eficiência no emprego

dos recursos e se evitar quaisquer prejuízos à população.

Após a implementação da frente de equilíbrio fiscal em Juiz de Fora, identificou-se a oportunidade de maiores ganhos na folha de pagamento da administração direta e alguns órgãos da administração indireta. Para tanto, foram buscadas possíveis inconsistências na folha municipal.

Descrição

O diagnóstico da folha consiste na avaliação dos pagamentos dos benefícios e adicionais que compõem os vencimentos dos servidores, identificando e eliminando inconsistências e possíveis gargalos nos processos, além do cumprimento dos limites previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Desse modo, proporciona-se eficiência no emprego dos recursos orçamentários sem prejudicar os servidores municipais e sem cortar direitos adquiridos.

A frente, dentre as suas diversas linhas de análise, faz o diagnóstico dos contratos com empresas prestadoras de serviços, avalia o número de

terceirizados e dos gastos com servidores comissionados e promove uma gestão eficiente dos recursos, propondo maior quantidade, melhor qualidade, mas com um volume menor de recursos e promovendo prestação de serviços à comunidade e satisfação do servidor. Dentre as ações que podem resultar dessa frente estão a criação de rotina de acompanhamento dos indicadores de processo da folha de pagamento, estabelecimento, implementação e regulamentação da gestão de atestados e modificação de decreto de lei orgânica, entre outras.

Objetivo

O diagnóstico da folha de pagamento busca identificar melhorias nos processos da folha de Juiz de Fora e garantir a consistência dos pagamentos. As metas de redução das despesas dessa frente, considerando a administração direta

e indireta, foi pactuada em R\$ 7,04 milhões, equivalente a 1,4% de todos os gastos com folha de pagamento da prefeitura. A previsão é que a meta seja alcançada até dezembro de 2016.

Desenvolvimento

A frente teve início no mês de abril de 2015 e se encerrou no início de julho do mesmo ano. Ela ficou sob a liderança da Secretaria de Administração e Recursos Humanos (SARH), que faz parte do Comitê Gestor do município. A secretaria é responsável pela coordenação da folha de aproximadamente 80% dos servidores públicos municipais de Juiz de Fora, que possui aproximadamente 14 mil funcionários. Os pagamentos dos servidores ligados à administração indireta não estão sob a coordenação da SARH, mas os órgãos responsáveis também foram envolvidos na frente.

Assim como na frente de equilíbrio fiscal, foi desenvolvida uma sistemática de reuniões divididas por níveis – chamados de N3, N2 e N1. O diagnóstico da folha de pagamento em Juiz de Fora teve duração de três meses, sendo o trabalho dividido em quatro grandes etapas:

1. Identificação das principais divergências
2. Análise dos dados
3. Definição de metas de melhoria para a folha de pagamento
4. Elaboração dos planos de ação

Na primeira etapa, identificação de inconsistências, o objetivo é localizar os desvios ou falhas em processos ou bases de dados. Em Juiz de Fora,

o trabalho foi feito a partir de entrevistas com os servidores envolvidos no processo e na análise dos relatórios de auditoria interna, em que foram identificados potenciais exemplos de inconsistências no processo de folha de pagamento que contribuíam para o aumento indevido dos gastos com pessoal.

Uma vez identificadas as inconsistências, são realizadas análises para apontar como os itens impactam a folha e quais oportunidades de ganho podem ser geradas. Essa é a segunda fase do fluxo de trabalho, a análise de dados. Para que esses pontos sejam solucionados, contribuindo para a redução de inconsistências, é necessário fazer um planejamento e uma análise profunda das oportunidades. Em Juiz de Fora, essas análises englobaram bases de dados das secretarias que compõem a administração direta municipal, bem como dos órgãos pertencentes à administração indireta. Foram analisadas 23 linhas geradoras de inconsistência e os cinco pacotes mais representativos, os quais representaram 80% da meta para a frente: licenças médicas; conformidade de números de cargos comissionados; hora extra; zona rural; e pagamento a exonerados.

Após as análises e identificação de oportunidades, foram elaborados critérios e metas com o intuito de gerar maior resultado e economia. Trata-se da

terceira etapa, que consiste na definição de metas.

Em seguida, são executadas as duas etapas seguintes: a identificação de causas e a elaboração dos planos de ação. Em Juiz de Fora as análises foram conduzidas para identificação e a priorização das causas. Por fim, com as metas definidas, priorizadas e pactuadas com as lideranças, foi possível gerar planos de ação para o atingir os objetivos e reduzir as inconsistências.

Para alcançar esses resultados, o Comitê Gestor definiu um plano contendo uma série de ações, tais como:

- envolvimento e capacitação de 55 servidores do município nas atividades estabelecidas pela frente;
- divulgação do andamento e dos resultados da frente de diagnóstico de folha através do Gestão Inteligente, uma estratégia para comunicar os benefícios das ações do equilíbrio fiscal para o servidor e a população, que utilizou cartazes, *newsletters*, cartilhas informativas e gestão à vista, entre outros instrumentos de comunicação;

- criação de uma rotina de acompanhamento dos indicadores de processo da folha;
- criação de um processo de gestão dos atestados nas secretarias;
- regulamentação da entrega de atestado sem a Classificação Internacional de Doenças (CID) para períodos maiores que cinco dias;
- remanejamento de 38 pessoas que recebiam por prestação de serviços na zona rural, mas trabalhavam na zona urbana;
- padronização e informatização do mapa de frequência da Secretaria da Saúde;
- criação de rotina pré-aprovação de horas extras;
- promoção de ajustes no quadro funcional de comissionados; e
- criação de procedimentos operacionais padrão do processo de “fechamento de folha de pagamento”.

Interlocutores

- Comunitas
- Secretaria Municipal de Planejamento e Administração
- Secretaria Municipal de Recursos Humanos
- Secretaria Municipal de Finanças
- Falconi Consultores de Resultado

Resultados

A fase de implementação continua sendo conduzida pela prefeitura de Juiz de Fora e acompanhada pela Comunitas, desde julho de 2015.

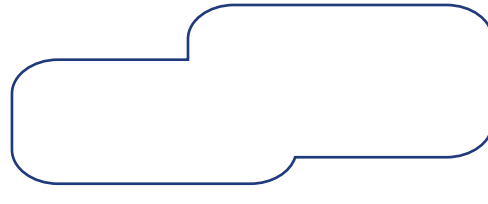
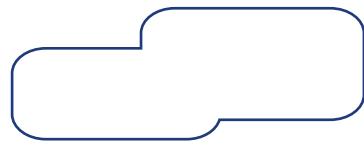
Tanto no mês de julho de 2016 quanto no acumulado, o município superou as metas estabelecidas para a folha, tendo dispendido valores inferiores aos pactuados no projeto. A meta para o mês era de R\$ 55.935,00 e a prefeitura atingiu R\$ 54.368,00. No acumulado, a meta até junho era de R\$ 686.163,00 e o resultado foi de R\$ 658.755,00, o que demonstra o sucesso da frente no alcance e superação dos objetivos pactuados.

As entidades que mais contribuíram para o alcance desses resultados foram a administração direta, seguida pelo Departamento Municipal de Limpeza Urbana.

Algumas metas alcançadas pela frente de

diagnóstico da folha de pagamento em Juiz de Fora foram:

- mudança de cultura dos servidores na busca de benefícios para a prefeitura e cidadãos;
- correção de servidores que foram contratados inicialmente para atuar na zona rural do município, mas que estavam atuando na zona urbana e continuavam recebendo a gratificação da zona rural;
- correção da relação de funcionários que recebiam adicionais de insalubridade ou periculosidade, mas que já estavam alocados em outras funções;
- maior controle e critério no pagamento de gratificações não obrigatórias; e
- introdução da biometria em unidades de saúde e em órgãos da administração indireta;



JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL



A Justiça vem se tornando, cada vez mais, uma das principais formas utilizadas pelos cidadãos para conseguirem acesso a medicamentos, próteses e até vagas de internação em hospitais, sejam eles privados ou públicos. Quando esta demanda é direcionada ao SUS, o ente público torna-se responsável pela exigência solicitada. Para o entendimento e aprofundamento do tema, este capítulo foi desenvolvido pela advogada Nicole De Barros Moreira Reis⁹⁰, colaboradora do escritório de advocacia Mattos Filho.

Introdução: o fenômeno da judicialização da saúde pública

A judicialização da saúde pública é um fenômeno que ganhou força após a Constituição de 1988 (CF/88). Representa, em linhas gerais, o movimento de reivindicação do direito social à saúde pelos cidadãos (de forma individual ou coletiva), por meio do acionamento do Estado no Judiciário.

A bandeira por trás de tal fenômeno é a busca pela efetiva implementação da saúde como direito constitucional imperativo. Desde a CF/88, foram criados direitos subjetivos, dentre eles, os sociais - que não mais envolvem princípios meramente norteadores de políticas públicas, mas demandam prestações positivas do Estado. Nessa linha, o direito à saúde, como direito social, passou a ser norma de exigibilidade imediata e direta; passível de tutela judicial específica⁹¹.

A mudança no tom do tratamento legal ao direito à saúde, no entanto, já estava invariavelmente inserida dentro de um contexto de desafios reais de implementação da saúde no Brasil. O cenário de problemas

na área, que apenas se agravou ao longo do tempo, potencializou o uso do direito de ação de um cidadão mais consciente e ativo.

Além dos aspectos constitucionais, a cobrança do direito à saúde, sobretudo na esfera individual, passa por questões polêmicas como a alta carga tributária e a ineficiência do Estado na aplicação/destinação dos recursos públicos. A discussão, contudo, tem contornos que extrapolam situações individuais e impactam diretamente no cumprimento da própria política pública de saúde. Restrições orçamentárias, custo financeiro de demandas judiciais, efetividade e essencialidade dos tratamentos e medicamentos exigidos são pontos que, quando não devidamente endereçados e sopesados pelo Judiciário, podem inevitavelmente comprometer a universalidade do direito à saúde.

Realmente, se por um lado, a judicialização da saúde representou estímulo à concretização do direito social e também veículo de

⁹⁰Advogada especializada em consultivo e contencioso empresarial.

⁹¹BARROSO, Luis Roberto; *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*, Temas de direito constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2009. p. 218.

fiscalização das atividades e investimentos do Estado, por outro, os excessos que hoje acometem as decisões judiciais podem vulnerar a organização da atividade administrativa e a alocação responsável e racional dos recursos à saúde. Ainda, como efeito mais grave, podem colocar em risco a continuidade das políticas de saúde pública.

O resultado de tal equação – atualmente de equilíbrio questionável – é uma enxurrada de decisões judiciais que, na sua grande maioria, ainda desdenham, quando não consideram expressamente irrelevantes os aspectos técnicos e econômico-financeiros que incidem não só individualmente no caso a caso (microjustiça), mas principalmente sob uma ótica global e coletiva (macrojustiça) de limites reais na prestação da saúde pública.

Contexto da Problemática

A constitucionalização do direito à saúde veio acompanhada da criação do Sistema Único de Saúde (“SUS” - art. 198 da CF/88⁹³). A Lei nº 8.080/1990 regulamentou a matéria ancorada principalmente no princípio básico da universalidade (art. 2º, § 1º, art. 7º, inciso I), que garante a todas as pessoas o acesso às ações e serviços públicos de saúde e saneamento básico⁹⁴.

O SUS tem como principal diretriz a descentralização administrativa (art. 7º da

O debate que se instaurou sobre a questão, encabeçado por várias instituições, em especial o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), é saudável e necessário justamente para se evitar que o movimento, em efeito reverso em médio/longo prazo, transforme benefícios individuais necessários em malefícios ao próprio direito constitucional da saúde.

Isso porque, embora a colisão de interesses e valores possa transparecer uma dicotomia entre direito à saúde e princípios orçamentários (reserva do possível, por exemplo) e constitucionais (separação dos poderes), certo é que, ao final, o que se discute na essência é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros⁹².

Lei nº 8080/1990), que evita justamente a cumulação ineficiente dos esforços de todos os entes federativos na efetiva execução de ações e serviços de saúde. Embora todos os entes (União, Estados e Municípios) tenham papéis definidos no SUS e concorram para o financiamento do sistema, optou-se por atribuir especialmente aos municípios a execução das políticas de saúde em geral (art. 18, inciso I e III da Lei nº 8.080/1990 e art. 30, VII, CF/88), incluindo a distribuição de

⁹²BARROSO, Luis Roberto, p. 219/220.

⁹³Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

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

III - participação da comunidade.

⁹⁴O SUS tem um campo de abrangência mais amplo (art. 6º da Lei 8.080/1990), que vai além dessas duas atividades que optamos por aqui destacar no artigo.



medicamentos (art. 7, incisos I e IX da Lei nº 8.080/1990). Por isso o sistema é conhecido pela “municipalização” e “subsidiariedade” (Estados e União só executam em caráter supletivo).

Tal delimitação legal, no entanto, não afasta a responsabilidade dos demais entes federativos (União e Estados) de prestarem apoio técnico e financeiro aos municípios, ou mesmo de executar de forma supletiva ações e serviços de saúde. A direção do SUS é única e implementada por cada ente federativo, em uma estrutura regionalizada e hierarquizada.

No âmbito da União, o Ministério de Saúde é responsável pela direção nacional do SUS, com atribuições previstas no art. 16 da Lei nº 8.080/1990. Por outro lado, os Estados exercem a direção do SUS por meio da Secretaria Estadual de Saúde ou órgão equivalente (art. 17 da Lei nº 8.080/1990). Por fim, a direção municipal do SUS é de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, segundo o art. 18 da Lei nº 8.080/1990.

Todos os entes (União, Estados e Municípios), contudo, participam do financiamento e da gestão financeira do SUS (arts. 31 a 35 da Lei nº 8.080/1990). Isso significa que, muito embora estejam na linha de frente da prestação do serviço perante o cidadão, os municípios não são responsáveis pelo custeio integral e isolado do SUS.

Ainda sobre as atribuições administrativas, todos os entes também colaboram para a definição dos medicamentos que serão adquiridos e fornecidos à população. Por meio da Política Nacional de Medicamentos,

editada pelo Ministério de Saúde (Portaria nº 3.916/98), é criada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (“Rename”).

A partir de tal lista, os municípios personalizam a sua rede de distribuição, mediante a escolha e definição dos medicamentos essenciais que serão fornecidos à sua população. Cria-se, assim, uma segunda lista que atende as necessidades locais, levando-se em consideração o papel do município no atendimento básico da saúde (item 5.4 “h” e “i” da Portaria nº 3.916/98).

A União (item 5.2, “u”, “l” e “r” da Portaria n. 3.916/98) e os Estados (Portaria nº 2577/2006, substituída pela Portaria nº 106/2009, e Portaria nº 1321/2007), por sua vez, são responsáveis pela aquisição e distribuição dos medicamentos em caráter excepcional (“especiais”), entendidos como aqueles destinados ao tratamento de patologias específicas, que atingem número limitado de pacientes, e que apresentam alto custo, seja em razão do seu valor unitário, seja em virtude da utilização por período prolongado.

Nessa mesma linha, o Ministério da Saúde – auxiliado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (“CONITEC”), também se ocupa da definição dos procedimentos/tratamentos cobertos pelo SUS, por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde (“Renases” – Decreto nº 7.508/2011).

Seguindo a lógica da descentralização (art. 5º do Decreto nº 7.508/2011), os Estados e municípios podem adotar relações complementares àquelas previstas na lista

do Renases, respeitadas as participações e responsabilidades de cada ente federativo no financiamento do SUS. Os pedidos de inclusões de tratamento/procedimentos, no entanto, são submetidos à CONITEC (art. 5º, § 3º do Decreto n. 7.508/2011), que dá o seu parecer e encaminha recomendação para o Secretário de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (“SCTIE”).

Toda essa estrutura, no entanto, embora tenha por trás um racional sistêmico que visa a garantir justamente o funcionamento operacional do SUS, é por vezes ignorada pelo Judiciário no âmbito das demandas propostas pelos cidadãos, que são frequentemente direcionadas exclusivamente aos municípios. Sim, porque, se o rateio de competências administrativas entre os entes federativos não é matéria afeta aos cidadãos, deveria ao menos ser conhecida e de alguma forma endereçada pelo Judiciário quando do julgamento das demandas. Afinal, o sistema único, embora de sucesso prático duvidoso, tem como premissa implementar política pública e concretizar direito constitucional à saúde.

No contexto das ações, o objetivo principal é assegurar o fornecimento de medicamentos e/ou cobertura de exames/tratamentos

Pano de Fundo Jurídico

A discussão em torno dos pedidos judiciais dos cidadãos de fornecimento de medicamentos e/ou tratamentos é juridicamente muito rica, pois envolve direitos e princípios constitucionais, além de desdobramentos importantes na legislação infraconstitucional.

Há argumentos fortes e consistentes que socorrem todas as partes envolvidas, além

para doenças. Ou seja, as demandas judiciais buscam, em geral, atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de assistência farmacêutica que não estão, *prima facie*, inseridos no rol de atendimento/fornecimento do SUS.

O resultado de tal cenário é o protagonismo do Judiciário não só na efetivação da saúde individual, mas também na gestão pública da saúde. As decisões judiciais acabam por interferir na definição das políticas públicas e orçamentárias, além de impactar o planejamento e a alocação dos recursos públicos.

Não por outra razão, o CNJ, assim como outras instituições jurídicas, tem se engajado em promover um diálogo amplo sobre o tema da efetivação da saúde. Em linhas gerais, as iniciativas procuram capacitar o Judiciário com apoio técnico (médicos e farmacêuticos, por exemplo) e estabelecer parâmetros e diretrizes para sua atuação (“política judiciária para a saúde”), como forma de conciliar a atuação jurisdicional com a gestão pública responsável da saúde.

de aspectos processuais e econômicos que, embora possam parecer marginais ou irrelevantes, têm impactos na organização administrativa dos entes e na própria concretização do direito à saúde.

Do lado do cidadão, temos a eficácia constitucional do direito social à saúde (art. 196, CF/88), visto hoje não mais como



princípio ou norma de conteúdo meramente programático, mas sim direito subjetivo pleno imperativo⁹⁵. Isso quer dizer que o direito à saúde não é utópico ou diretriz: é norma a ser cumprida, comportando tutela judicial específica.

Observa-se, nesse ponto, que mesmo para aqueles que entendem o conteúdo programático da norma, isso não afastaria o dever do Estado de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde dos cidadãos⁹⁶.

Em resumo, direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.⁹⁷

Pelo Estado (União, Estados ou Municípios), os principais argumentos são: a) ofensa ao princípio da separação dos poderes (ao Judiciário não caberia intervir na política pública de saúde; b) restrições legais à integralidade da saúde, já que os medicamentos/tratamentos fornecidos e previamente escolhidos pelo SUS são fruto de uma escolha democrática, observado

o atendimento do mínimo existencial; c) o Judiciário não dominaria o conhecimento técnico específico para instituir ou interferir na saúde pública (caso em que determina o fornecimento de medicamento ineficaz fora da lista do SUS ou mesmo sem aprovação da ANVISA); e d) as decisões isoladas e individuais acabam por vulnerar a universalidade da saúde, já que somente aqueles que possuem acesso à Justiça terão tratamento diferenciado (quebra da isonomia), em prejuízo da coletividade.

Sob a ótica processual, levanta-se também a questão da legitimidade dos demais entes federativos (em especial União e Estados), já que, conforme já aqui destacado, embora os municípios estejam na linha de frente dos serviços à saúde e distribuição farmacêutica, não são responsáveis pelo custeio integral e isolado do SUS. Por tais razões, invoca-se a participação obrigatória dos demais entes, sobretudo para se melhor endereçar as competências administrativas e responsabilidades pela condenação.

Por fim, há os fundamentos de ordem econômica, como são os princípios da legalidade orçamentária e da reserva do possível. No geral, as restrições orçamentárias, assim como as consequências legais da sua não observância (como é o caso da Lei da Responsabilidade Fiscal – LRF), são tratadas como limitações ao direito à saúde.

⁹⁵A título exemplificativo, vide TJSP, Apelação n. 10000468-73.2015.8.26.0566, julgado em 09/08/2016, Rel. Des. Marrey Uint; e TJRN, Apelação Cível e Remessa Necessária n. 2015.018031-4, julgado em 28/06/2016, Rel. Des. João Rebouças.

⁹⁶STF, ARE n. 701.353/RN, julgado em 26/08/2016, Relator Min. Luis Fux.

⁹⁷Acórdão emblemático sobre o tema: STF, RE 271.286-AgR, julgado em 12/09/2009, Rel. Min. Celso de Mello.

Panorama geral das decisões judiciais

A análise das atuais decisões judiciais, de forma isolada ou sistemática, ainda traz o traço marcante da solidariedade. A saúde é, sem sombra de dúvida, um direito fundamental que prevalece no Judiciário, o que justifica a concessão do direito ao medicamento/tratamento fora do protocolo do SUS ao cidadão.

O CNJ encomendou um estudo multicêntrico desenvolvido nos anos de 2013 e 2014 (estudo CNJ), com abrangência nacional, para análise do cenário da judicialização da saúde e da política judiciária de saúde no Brasil. O estudo foi feito já dentro de um contexto de militância do CNJ para se criar uma política judiciária para a saúde, com diretrizes debatidas na audiência pública realizada em 2009 e registradas em especial em duas Recomendações (nn. 31 e 36) que visavam justamente sistematizar e uniformizar o tema.

A despeito dos saudáveis esforços para se atrelar o processo de concretização do direito social à saúde às questões financeiras da política pública, certo é que o Judiciário, incluindo as cortes excepcionais (Supremo Tribunal Federal-“STF” e Superior Tribunal de Justiça-“STJ”), ainda julgam predominantemente em favor do cidadão.

O argumento central é a soberania do direito à saúde, o que acaba por vulnerar a força dos demais fundamentos trazidos pela Administração Pública, sobretudo aqueles de cunho financeiro sem a efetiva prova da insuficiência dos recursos e consequentes efeitos das decisões judiciais na política pública. Não por outra razão, o próprio

CNJ, em seu mencionado estudo, recomenda que o Estado não fique “refém do argumento econômico de restrição”.

Realmente, sendo o direito à saúde norma constitucional de eficácia plena, o Judiciário entende que não interfere nos demais Poderes (ofensa à separação dos poderes), pois as decisões judiciais apenas obrigariam o Estado a cumprir um dever que já lhe é imposto pela CF/88. Por isso, “não se trata, ainda, de permitir que o Judiciário passe a formular políticas públicas na área da saúde, porque a determinação normativa já existe, elaborada sem a participação do Judiciário; o Judiciário, sob pena de abrir mão de garantir efetividade aos direitos fundamentais, cuida para que sejam cumpridas as normas já definidas”⁹⁸. Tal entendimento é, inclusive, sumulado em alguns Tribunais, como é o caso do Tribunal de Justiça de São Paulo (Súmula nº 65) e Tribunal de Justiça do Paraná (Enunciado nº 26).

Nessa mesma linha, o Judiciário entende que as restrições orçamentárias tampouco poderiam servir de subterfúgio para o Estado não proporcionar o acesso à saúde. Ao sopesar as duas questões, as decisões tendem a optar pela sobreposição do direito à saúde⁹⁹, “cabendo ao Estado aparelhar-se para servir a população de forma adequada”¹⁰⁰. É que, “diante do conflito de normas envolvendo a saúde e, principalmente, o direito fundamental à vida, devem estas prevalecer ante a sua natureza de valor constitucionalmente garantido”¹⁰¹.

⁹⁸TJSP, Apelação n. 0002914-18.2014.8.26.0076, julgado em 30/08/2016, Rel. Des. Luis Francisco Aguilar Cortez.

⁹⁹A título de exemplo, TJRN, Apelação Cível e Remessa Necessária n. 2015.018031-4, julgado em 28/06/2016, Rel. Des. João Rebouças.

¹⁰⁰TJSP, Apelação n. 0003148-42.2015.8.26.0180, julgado em 29/08/2016, Rel. Des. Ana Liarte.

¹⁰¹TJRN, Apelação Cível e Remessa Necessária n. 2015.018031-4, julgado em 28/06/2016, Rel. Des. João Rebouças.



Em resumo, o direito à saúde se sobrepõe quando colidido com a impossibilidade financeira do Estado e a sua submissão ao regime orçamentário (reserva do possível e legalidade orçamentária, respectivamente)¹⁰². Entende-se, assim, que “Os princípios invocados pelo Poder Público, inseridos no plano da legalidade, discricionariedade e economicidade de ações e custos, mesmo como emanações do princípio da separação dos Poderes, não podem prevalecer sobre valores como vida, dignidade da pessoa humana, proteção e solidariedade social, bases e fundamentos de nossa civilização”¹⁰³.

Com relação aos medicamentos/tratamentos deferidos fora do Protocolo do SUS, o Judiciário acaba por se apegar ao argumento formal de que os Protocolos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde são normas de inferior hierarquia e, mais uma vez, não poderiam prevalecer em relação ao direito constitucional à saúde¹⁰⁴. Há quem sustente¹⁰⁵, inclusive, que mesmo os medicamentos não aprovados pela ANVISA podem ser fornecidos aos cidadãos, já que “O fato de determinada medicação não

possuir registro na Anvisa não afasta o direito do portador de doença grave, letal e sem cura, receber o medicamento”¹⁰⁶.

A questão da isonomia no tratamento legal dos cidadãos é apreciada superficialmente e sob a mesma ótica dos argumentos invocados para rebater a ofensa à separação dos poderes. A tese perde força também por conta do uso, também superficial e sem prova concreta, do argumento pelo Estado de insuficiência dos recursos e consequentes efeitos das decisões judiciais individuais na política pública coletiva.

O Judiciário, nesses casos, entende que a universalidade e integralidade da assistência do SUS (art. 7º da Lei nº 8.080/1990) estão previstas tanto na esfera coletiva quanto individual, de forma que a concessão do medicamento/tratamento não beneficiaria “um cidadão em detrimento aos demais, mas busca respeitar o direito à saúde e à vida constitucionalmente garantido a todos”. A questão é ainda sopesada de acordo com a “singularidade” do caso, conforme assim se decidiu em processo emblemático e midiático sobre o tema¹⁰⁷ (“caso do bebê Sofia”).

¹⁰²TJRN, *Apelação Cível nº 2015.018862-3*, julgado em 24/05/2016, Rel. Des. Luiz Alberto Dantas Filho; *Apelação Cível nº 2015.0096263-4*, julgado em 08/03/2016, Rel. Des. André de Medeiros; TJPR, *Apelação nº 1508181-3*, julgado em 18/08/2016, Rel. Des. Cristiane Santos Leite.

¹⁰³TRF-2ª Região, *Apelação Cível nº 201050010111208*, julgado em 22/01/2013, Rel. Des. Marcus Abraham.

¹⁰⁴A título de exemplo, STJ, *AgRg no Resp nº 1.219.366/RS*, julgado em 02/08/2016, Rel. Min. Napoleão Nunes Maia Filho; *Resp nº 1.585.522/RO*, julgado em 09/06/2016, Rel. Min. Humberto Martins; TJSP, *Apelação nº 0003148-42.2015.8.26.0180*, julgado em 29/08/2016, Rel. Des. Ana Liarte, *Apelação n. 0009551-27.2012.8.26.0602*, julgado em 29/08/2016, Rel. Des. Oswaldo Magalhães. Há, contudo, um julgado do STF (ARE nº 926496 – AgR/DF, julgado em 05/04/2016, Rel. Min. Luís Roberto Barroso) que condiciona o fornecimento do medicamento pleiteado à comprovação prévia de que na lista do SUS não há opção de tratamento eficaz similar.

¹⁰⁵Há, no entanto, decisões em sentido contrário, nas quais sustenta-se que, diante da existência de legislação que proíbe a comercialização de medicamentos sem registro na ANVISA, o Estado não poderia ser compelido a agir em desconformidade com a lei (princípio da legalidade).

¹⁰⁶TRF-1ª Região, *Apelação Cível nº 00181084320134013400*, julgado em 02/03/2015.

¹⁰⁷TRF-3ª Região, *Agravo de Instrumento nº 0008474-47.2014.4.03.0000/SP*, julgado em 27/05/2014, Rel. Des. Marcio Moraes.

No que se refere à ausência de conhecimento técnico-científico do Judiciário, a matéria não ganha maiores contornos judiciais, já que na maioria das vezes as decisões são amparadas por laudos médicos e documentos unilaterais apresentados pelos autores das demandas, considerados suficientes pelo Judiciário. Uma das diretrizes do CNJ é justamente que os juízes ouçam, quando possível, os gestores antes da apreciação de liminares e procurem ainda instruir os processos com a documentação técnica mais completa possível, fazendo uso de perícias sempre que necessário.

Por último, vale destacar que a legitimidade processual é hoje questão pacificada. A jurisprudência entende que os entes federativos (União, Estados ou municípios) são solidariamente responsáveis pela saúde, de

forma que a demanda pode ser distribuída contra qualquer um deles, isolada ou conjuntamente¹⁰⁸.

Tal entendimento acaba, na prática, gerando um problema na repartição de atribuições administrativas e de alocação e repasse de recursos, já que o (s) ente (s) condenado (s) judicialmente não é isoladamente responsável pelo custeio do SUS e tampouco tem necessariamente ingerência na inclusão do tratamento/medicamento no Protocolo. As decisões podem, portanto, gerar uma desorganização do sistema e da própria Administração Pública, comprometendo o atendimento do cidadão.

Medidas extrajudiciais alternativas

A judicialização da saúde pública é uma realidade enfrentada e debatida há mais de dez anos no Brasil. Muito embora o mapeamento das demandas e decisões judiciais tenha servido para promover e fomentar a discussão jurídica, não trouxe maiores alterações no posicionamento do Judiciário quanto à integral responsabilização do Estado pelo direito à saúde individual.

Questões de política pública e restrições financeiras passaram a ser tratadas nas decisões judiciais, mas ainda dentro de uma ótica individualista da saúde. As decisões, no fim do dia, acabam por atender as necessidades imediatas do cidadão, sem adentrar nos

impactos globais que possam ter na promoção da saúde pública. Tal visão limitada do problema também se deve à dificuldade da Administração Pública de demonstrar, de forma concreta e não superficial, as consequências e efeitos de tais decisões na implementação da saúde pública.

De fato, a escassez dos recursos é notória, assim como o alto custo financeiro de se atender, fora do SUS, as decisões judiciais. O custo da existência da própria demanda judicial também é uma variável conhecida e de fácil compreensão. O que não sabe ao certo é a extensão dos malefícios da judicialização excessiva (se houver) na implementação da

¹⁰⁸STF, RE n. 855.175-RG/PE, julgado em 05/03/2015, Rel. Min. Luiz Fux.

saúde pública e até que ponto os impactos negativos globais são limitadores dos direitos individuais.

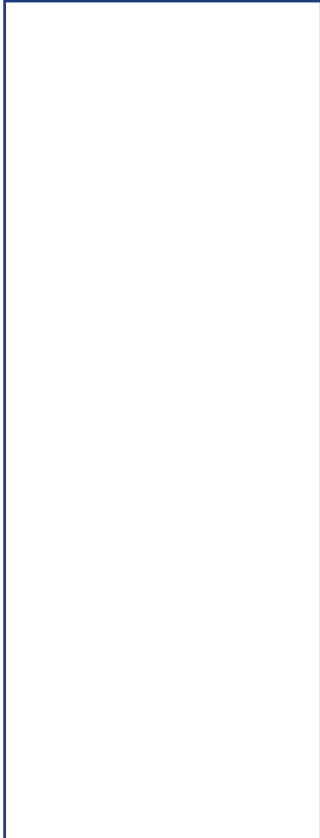
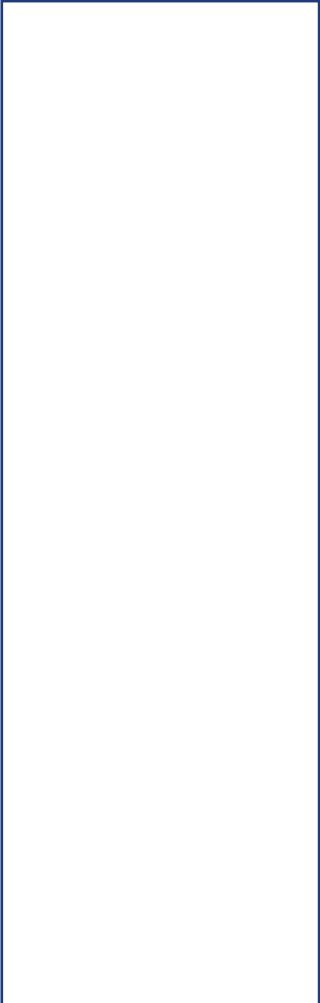
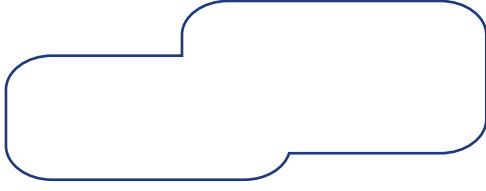
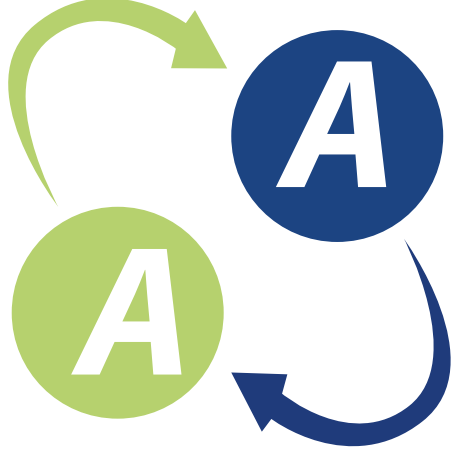
Para além do debate jurídico e institucional surgiram iniciativas extrajudiciais que contribuem para o tema da efetivação da saúde. Além de espaços para diálogos com a sociedade (Fórum Nacional da Saúde, Audiências Públicas e Comitês Estaduais de Saúde), foram criados órgãos técnicos capacitados para dar apoio aos entes federativos (Conselhos de Saúde, por exemplo) e ao próprio Judiciário, em um processo legítimo de maior conscientização e capacitação de todos os atores envolvidos.

Algumas ações estaduais e municipais também têm gerado resultados positivos,

como é o caso do uso intensificado de mediações, celebração de acordos com a Defensoria Pública e criação de estruturas específicas para atender demandas que envolvem a saúde. A ideia de institucionalizar as experiências e os dados traz regularidade, continuidade e qualidade à política pública da saúde, sem que ela fique à mercê das alterações de governo.

As medidas ainda reduzem os custos financeiros e evitam uma visão medicalizada da saúde. Promovem a visão multidisciplinar e, se não evitam o contencioso judicial, ao menos oferecem parâmetros mais concretos para as decisões judiciais, com um resultado incontroversamente mais eficaz na solução dos problemas hoje enfrentados.

GLOSSÁRIO



Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN): tem por finalidade declarar a inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual (art. 102, I, a, da CF), seja por vício de forma, seja por vício material, seja por dupla inconstitucionalidade.

Administração Direta: corresponde à atuação direta pelo próprio Estado por suas entidades estatais. É o conjunto de órgãos criados na estrutura de cada uma das pessoas políticas para o exercício das funções administrativas e outras atípicas. Assim, corresponde aos órgãos que integram a estrutura da União, dos Estados-Membros, do Distrito Federal e dos Municípios (atuação direta, ou desconcentrada, do Poder Público).

Administração Indireta: é constituída por pessoas jurídicas de direito público ou privado, criadas ou instituídas a partir de lei específica. É o conjunto de entidades dotadas de personalidade jurídica própria e criadas para o exercício de funções específicas. São as autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, como também associações e consórcios públicos. Também fazem parte da Administração Indireta as chamadas entidades privadas que concorrem com o Estado para a realização de atividades de interesse social.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): agência reguladora que exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços (nacionais ou importados) submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

Benchmarking do Investimento Social Corporativo (BISC): é uma ferramenta desenvolvida pela Comunitas para o acompanhamento anual dos investimentos sociais privados no Brasil e que está em sua 9ª edição.

Conselho Nacional de Justiça (CNJ): instituição pública que visa aperfeiçoar o trabalho do sistema judiciário brasileiro, principalmente no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual.

Investimento Social Privado: é o repasse sistemático e voluntário de recursos privados, de forma planejada e monitorada, para projetos sociais de interesse público.

Licitação: é um procedimento administrativo, regulamentado por lei e pelo respectivo edital (também chamado “ato convocatório”), que determina critérios objetivos para seleção da proposta de contratação mais vantajosa à Administração Pública.

Órgãos Públicos: são as unidades de atuação, pertencentes a uma entidade estatal, com atribuições próprias, porém não dotados de personalidade jurídica própria. Um exemplo de órgão público são as secretarias municipais.

Parceria Público-Privada (PPP): é um contrato de prestação de obras ou serviços não inferiores a R\$ 20 milhões, com duração mínima de 5 e no máximo 35 anos, firmado entre empresa privada e o governo federal, estadual ou municipal. Difere ainda da lei de concessão comum pela forma de remuneração do parceiro privado. Na concessão comum, o pagamento é realizado com base nas tarifas cobradas dos usuários dos serviços concedidos. Já nas PPPs, o agente privado é remunerado exclusivamente pelo governo ou numa combinação de tarifas cobradas dos usuários dos serviços mais recursos públicos.

Processo: instrumento indispensável para o exercício da função administrativa, tudo o que a administração pública faz, sejam operações materiais ou atos jurídicos, fica documentado em um processo.

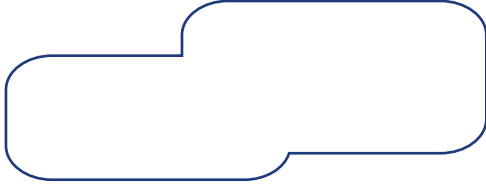
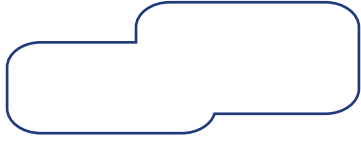
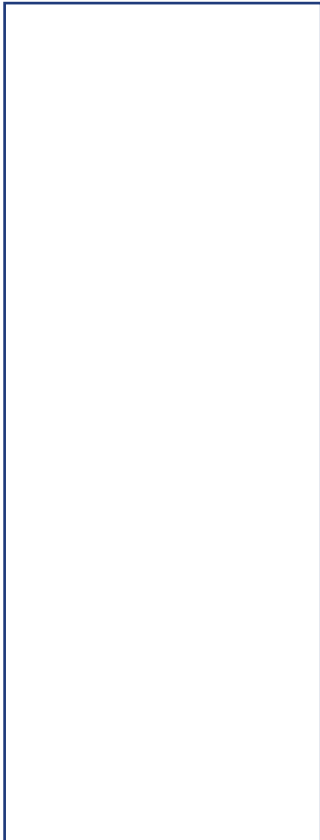
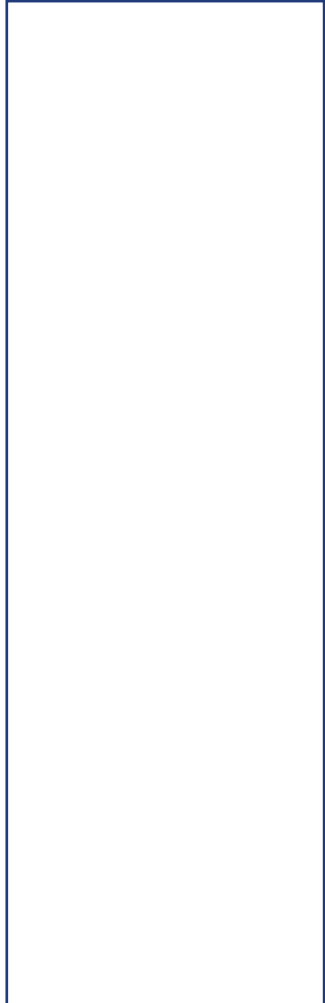
Procedimento: conjunto de formalidades que devem ser observados para a prática de certos atos administrativos, o procedimento se desenvolve dentro de um processo administrativo.

Programa de Modernização da Administração Tributária e da Gestão de Setores Sociais Básicos (PMAT): criado em 1997, para apoiar a Modernização da Administração Tributária, o programa, a partir de 1999, incorporou apoio à modernização da Gestão de Setores Sociais Básicos, incluindo Saúde, Educação e Assistencial Social.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename): é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica no SUS.

Serviço Público: é toda atividade que a Administração Pública executa, direta ou indiretamente, para satisfazer à necessidade da população, sob regime jurídico predominantemente público.

Sistema Único de Saúde (SUS): é o sistema de saúde público brasileiro, criado em 1988 e é constituído pelo 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.



RECOMENDAÇÕES GERAIS

Recomendações gerais



As recomendações gerais são sugestões apreendidas pelas experiências pelas frentes de trabalho executadas nos municípios participantes do programa Juntos pelo Desenvolvimento Sustentável. São as lições aprendidas que foram levantadas e podem auxiliar as novas prefeituras que queiram implementar alguma das boas práticas

ilustradas. As recomendações podem ser consideradas também como um guia rápido para determinadas situações que ocorram durante o andamento do projeto. E também apoiam a perenidade. Temas como liderança, engajamento e método foram considerados nas recomendações abaixo.

As lideranças da frente precisam apoiar os envolvidos sempre. Eles são os agentes de mudança e os responsáveis por legitimar o que está sendo implementado. O prefeito é o principal patrocinador das frentes no município e deve participar das decisões estratégicas.

Investimentos na área de Tecnologia da Informação são relevantes para ampliar a eficiência e a gestão na área de saúde.

O tempo é muito curto e deve ser considerado um insumo essencial cujo desperdício é fatal para o sucesso da administração.

Somente com uma mudança de cultura a frente será sustentável. Os servidores precisam entender e comprovar que a iniciativa é positiva para todos. É importante demonstrar os resultados do diagnóstico e engajá-los em todo o processo.

Uma comunicação efetiva e transparente diminui a impopularidade das ações. Os servidores escolhidos para participarem da frente também precisam ser comprometidos e interessados em implementar mudanças nas rotinas que precisam ser aprimoradas.

Os Planos de Ação precisam destacar quais são os responsáveis, quais ações necessárias e quais são os recursos necessários. As pessoas indicadas pelo plano precisam estar comprometidas com a frente e executar as ações de acordo com o planejado;

As rotinas previstas na sistemática de reuniões devem ser sempre mantidas, pois a ausência e as remarcações dispersam a equipe envolvida e comprometem o alcance de resultados;

Monitoramento e controle: deve ser contínuo e estar de acordo com o cronograma. Um acompanhamento bem feito gera melhores resultados.

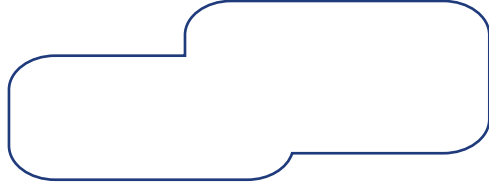
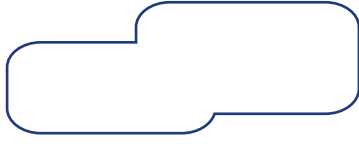
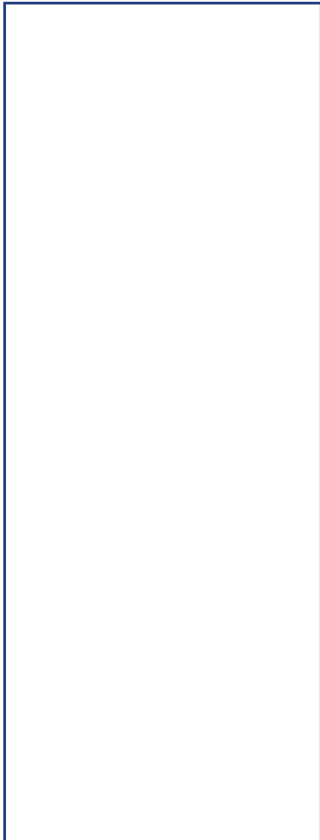
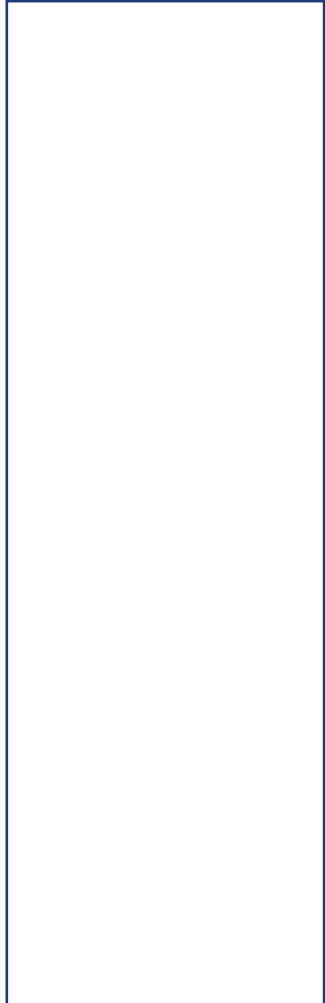
As metas propostas durante a fase de planejamento ser seguidas, pois foram geradas a partir de um potencial identificado durante o diagnóstico. As metas repactuadas ou desenvolvidas, devem continuar com o objetivo de otimizar recursos e reduzir inconsistências.

É necessário que a prefeitura disponha de técnicos empenhados em conhecer e aprender o método desde início da frente. É preciso conhecer a construção de metas, a manipulação das bases de dados e a sistemática de acompanhamento dos desvios. Os participantes da frente devem internalizar os conhecimentos e executar as ações indicadas pelo parceiro técnico. Conhecer e executar os processos são fundamentais para a continuidade do equilíbrio fiscal no município.

Os conceitos e métodos apresentados nesta publicação podem ser adaptados para a realidade da prefeitura, mas é importante que sejam desenvolvidas formas de monitoramento e controle das atividades. É fundamental a sinergia entre o método e a vivência da realidade local. Porém, sugestões ou adaptações não podem ser confundidas com resistências ou inseguranças dos envolvidos.

Os participantes da frente devem ter ciência de que o processo demanda tempo para ser internalizado para ele se transformar em uma rotina. O empenho e a participação são fundamentais para a continuidade das ações.

Para acompanhamento de práticas inspiradoras e de novidades sobre o programa Juntos, acesse a plataforma: **www.programajuntos.org.br**.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

ARANHA, Marina Domingues de Castro Camargo; PINTO, Felipe Chiarello de Souza.

Judicialização da saúde e o fornecimento de medicamentos não aprovados pela ANVISA. Revista de direito do consumidor. São Paulo, novembro/dezembro 2014, v. 96, p. 139.

BACELLAR FILHO, Romeu Felipe. Direito Administrativo. 5ª ed. Reformulada. São Paulo: Saraiva, 2009.

BAHIA, Alexandre Gustavo Melo Franco; CASTRO, Junior Ananias. O Estado democrático de direito e a efetivação dos direitos sociais: o fenômeno da judicialização da saúde. Revista de Informação Legislativa. Brasília, julho/agosto 2014, v. 51, n. 2013, p. 127/141.

BARROSO, Luis Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Temas de direito constitucional. Rio de Janeiro, Ed. Renovar, 2009, p. 217/254.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 23ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

FALCONI, Vicente. O verdadeiro poder. 2ª ed. Nova Lima: Editora Falconi, 2013.

_____. Gerenciamento pelas diretrizes. 5ª ed. Nova Lima: Editora Falconi, 2013.

GALVÃO, Maria Cristina Pinto et al (org.). Gestão Pública contemporânea: contratualização de resultados na área da saúde. São Paulo. FUNDAP: Secretaria da Gestão Pública, 2009.

MAZZA, Fábio Ferreira; MENDES, Áquilas Nogueira. Decisões judiciais e orçamento: um olhar sobre a saúde pública. Revista de Direito Sanitário. São Paulo, novembro 2013/fevereiro 2014, v. 14, n. 3, p. 42/65.

ROSA, Márcio Fernando Elias. Direito Administrativo – Parte I. 12º ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Diretrizes para alinhamento estratégico dos órgãos. Belo Horizonte, 2014.



Comunitas

juntos
pelo Desenvolvimento Sustentável



Comunitas

juntos
pelo Desenvolvimento Sustentável