



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
DOUTORADO EM DIREITO

KAREN CRISTINA CORREA DE MELO

**CONTRATUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ÀS
ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL EM PORTO ALEGRE:
FRAGILIDADE DO MONITORAMENTO E CONSEQUÊNCIAS PARA O
DIREITO À SAÚDE À PORTA DE ENTRADA DO SUS**

Porto Alegre

2023

KAREN CRISTINA CORREA DE MELO

**CONTRATUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ÀS
ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL EM PORTO ALEGRE:
FRAGILIDADE DO MONITORAMENTO E CONSEQUÊNCIAS PARA O
DIREITO À SAÚDE À PORTA DE ENTRADA DO SUS**

Tese de Doutorado apresentada como
requisito parcial à obtenção do grau de
Doutor em Direito pelo Programa de Pós-
Graduação *Stricto Sensu* da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk
Duque

PORTO ALEGRE

2023

AGRADECIMENTOS

Às vicissitudes da vida, que sempre me desacomodaram para fora de zonas de conforto, expuseram potenciais que eu não sabia que possuía, me transformaram e conduziram a ser quem eu sou.

Às servidoras públicas e amigas Vera Lúcia Fauri e Carla Rejane Vaz, profissionais acolhedoras e generosas no ambiente árido e desafiador da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

E como não terá alguém o desejo de aprender, quando é pelo conhecimento e pela ignorância que se distinguem os familiares dos estranhos?

PLATÃO. A República. São Paulo: Martin Claret, 2005. p.64.

RESUMO

A presente tese de doutorado propôs-se a testar a hipótese de se a contratualização dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) ao Terceiro Setor possa trazer consequências prejudiciais ao direito à saúde à porta de entrada no SUS, a partir da experiência do modelo gerencial implementado em 86% das unidades de saúde do município de Porto Alegre entre o final de 2019 e 2023. Entende-se que a rotatividade de profissionais decorrente da fragilidade de vínculos empregatícios com as OSC compromete diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, com prejuízos à continuidade dos cuidados na APS que é a principal porta de entrada e essencial à condução e cuidados dos usuários no SUS. E não há capacidade institucional para a fiscalização pelo Município dos equipamentos e recursos públicos geridos pelas OSC. Para tanto, realizou-se pesquisa empírica quali-quantitativa, abordagem dedutiva, exploratória, de método procedimental analítico e histórico-crítico por meio da análise documental indireta, bibliográfica, doutrinária, legislativa e jurisprudencial dos termos de colaboração, aditivos, relatórios, prestação de contas e indicadores de desempenho em portais de transparência e sítios governamentais oficiais. O trabalho divide-se em três capítulos, no primeiro descreve-se a base normativa do direito à saúde, no segundo capítulo relatam-se as mudanças dos modelos de gestão pública, a reforma administrativa e o processo de desestatização paulatino no Brasil desde a década de 1990, no terceiro apresenta-se a pesquisa empírica com as circunstâncias que deflagraram a contratualização da APS, os indicadores de qualidade, os recursos destinados às OSC, a insuficiência de transparência quanto às avaliações e vantajosidade. Conclui-se que a instabilidade de vínculos empregatícios de profissionais intermediados pelas OSC na APS compromete diretrizes importantes da principal porta de entrada do SUS, em prejuízo ao direito à saúde que demanda maior longitudinalidade do cuidado frente ao envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, não havendo adequado controle pelo Poder Público dos equipamentos e recursos públicos destinados às OSC.

Palavras-chave: direito à saúde, atenção primária à saúde, contratualização da saúde, modelo gerencial, OSC, desestatização, terceiro setor, privatização.

ABSTRACT

This doctoral thesis set out to test the hypothesis of whether contracting Primary Health Care (PHC) services to the Third Sector could have harmful consequences for the right to health at the gateway to the SUS, based on the implemented management model in 86% of the health units in the city of Porto Alegre between the end of 2019 and 2023. It's understood that the turnover of professionals due to the fragility of employment ties with OSC compromises the guidelines of the Family Health Strategy, with damage to continuity of care in the PHC, which is the main gateway and essential for the management and care of users in the SUS. And there's no institutional capacity for the Municipality to inspect equipment and public resources managed by OSC. For that, a qualitative and quantitative empirical research was carried out, with a deductive, exploratory approach, with an analytical and historical-critical procedural method through indirect, bibliographic, doctrinal, legislative and jurisprudential documental analysis of the terms of collaboration, aditives, reports, provision of accounts and performance indicators on transparency portals and official government websites. The work is divided into three chapters, the first describes the normative basis of the right to health, the second chapter reports changes in public management models, administrative reform and the process of gradual privatization in Brasil since the 1990s, the third presents the empirical research with the circumstances that triggered the contractualization of the PHC, the quality indicators, the resources destined to OSC, the lack of transparency regarding the evaluations and Advantage. It's concluded that the instability of employment relationships of professionals intermediated by OSC in PHC compromises importante guidelines of the main gateway to the SUS, to the detrimento of the right to health that demands greater longitudinality of care in face of population aging and the increase in chronic diseases, the control of public equipment and resources destined to OSC by the government isn't adequate.

Keywords: right to health, primary health care, contractualization of health, management model, OSC, privatization, Third Sector

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Setores do Estado, Formas de Propriedade e de Administração conforme o PDRAE.....	137
Quadro 2 - Sinalização semafórica do alcance dos indicadores.....	191
Quadro 3 - Distribuição quantitativa e percentual das unidades de saúde por vínculo às OS (HDP, HVN, SANTA CASA, PUC), administração indireta (GHC, HCPA) e administração direta (PRÓPRIO).....	217
Quadro 4 - Distribuição quantitativa e percentual das unidades de saúde por vínculo às OSC (HDP, HVN, SANTA CASA, PUC, IB SAÚDE), administração indireta (GHC, HCPA) e administração direta (PRÓPRIO).....	217
Quadro 5 - Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2018.....	244
Quadro 6 - Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2019.....	244
Quadro 7 - Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2020.....	245
Quadro 8 - Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2021.....	246
Quadro 9 - Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2021.....	246
Quadro 10 - Indicadores pagamento por desempenho/ considerado somente eSF e eAP válidos para o componente do desempenho – Ind. considerando todo Brasil.....	258
Quadro 11 - Indicadores pagamento por desempenho/ considerado somente eSF e eAP válidos para o componente do desempenho – Indicadores no município de Porto Alegre.....	259

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de abril/ 2018 até abril/2023.....	222
Tabela 2 - Quadro de servidores municipais do Executivo de Porto Alegre em abril/ 2023.....	224
Tabela 3 - Categorias profissionais da Adm. Direta da SMS-POA em abril/ 2023.....	224
Tabela 4 - Relatórios de Gestão Fiscal dos demonstrativos de despesa com pessoal de 2016 a 2022 da Administração Central do Executivo do município de Porto Alegre...	225
Tabela 5 - Orçamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no ano de 2018.....	225
Tabela 6 - Valores mensais do Orçamento dos Hospitais de Porto Alegre de 2018.....	227
Tabela 7 - Termo Aditivo II emergencial das parcerias para gestão APS.....	236
Tabela 8 - Emendas parlamentares destinando valores para unidades de saúde da APS geridas pela OSC SSDP no período de 2020 a 2022.....	239
Tabela 9 - Resumos dos valores do Portal SGP dos Termos de Colaboração das parcerias que assumiram a gestão da APS por 180 dias (30/12/2019 até 31/08/2020)	241
Tabela 10 - Desembolsos (sem despesa com pessoal) no SGP dos Termos de Colaboração das parcerias na gestão da APS – por 180 dias (30/12/2019 até 31/08/2020).....	243
Tabela 11 - Valores totais liberados para cada OSC e a quantidade de US geridas.....	247
Tabela 12 - Valores totais anuais e médias mensais ao IMESF.....	248
Tabela 13 - Resumos dos valores do Portal SGP liberados às parcerias que assumiram a gestão da APS de 01/09/2020 até 31/08/2022.....	252

Tabela 14 – Resumos dos valores a terceiros, consumo, permanente e outros do Portal SGP liberados às parcerias que assumiram a gestão da APS de 01/09/2020 até 31/08/2022.....	253
Tabela 15 - Vinculação dos profissionais na UBS Cristal de 2013-2022.....	255
Tabela 16 - Quantitativo de profissionais de 2013 a 2022 na US Cristal.....	256
Tabela 17 - Quantitativo de equipes de SF vinculadas a uma ESF e cobertura na cidade de Porto Alegre de dezembro de 2008 a dezembro de 2020.....	256
Tabela 18 - Quantitativo de equipes de SF vinculadas a uma ESF e cobertura no Brasil de dezembro de 2008 a dezembro de 2020.....	257
Tabela 19 - Cobertura percentual da APS em Porto Alegre e no Brasil em nov/2021 e nov/2022.....	258
Tabela 20 - Valores totais liberados para cada OSC e a quantidade de US geridas.....	260
Tabela 21 - Valores totais liberados para cada OSC e a quantidade de US geridas 01/09/2022 a 27/02/2023.....	264

ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
ABRASUS	Associação Brasileira em Defesa de Usuários de Sistema de Saúde
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da APS
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ALESP	Assembleia Legislativa de São Paulo
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
ARE	Recurso Extraordinário com Agravo
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CaSAPS	Carteira de Serviços da APS
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEBAS	Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social
CEIS	Complexo Econômico e Industrial de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CEPA	Comissão de Estudo e Projetos Administrativos
CF	Clínica da Família
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite

CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CN	Congresso Nacional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
COMESTRA	Comissão Especial de Estudos da Reforma Administrativa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde
COSB	Comissão de Simplificação Burocrática
COSEMS	Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DNS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação de Receitas da União
Eab	equipe Atenção Básica
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
Eap	equipe Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
Ecr	equipe Consultório de Rua
Esf	equipe Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família ou Estratégia Saúde da Família
Esfr	equipe Saúde da Família Ribeirinha
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
GHC	Grupo Hospitalar Conceição

GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
GS-SMS	Gabinete do Secretário da Secretaria Municipal de Saúde
IA	Inteligência Artificial
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMESF	Instituto Municipal da Estratégia da Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INE	Identificação Nacional de Equipe
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LIA	Lei de Improbidade Administrativa
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica do SUS
LRF	Lei da Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MpB	Médicos pelo Brasil
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NGP	Nova Gestão Pública
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NPM	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social

OSC	Organização da Sociedade Civil
OSCIPS	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Agentes de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PGM	Procuradoria Geral do Município
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Programa Nacional de Desestatização
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PNP	Programa Nacional de Publicização
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
RCL	Receita Corrente Líquida
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SERGS	Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SETEC-CMS	Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde
SGP	Sistema de Gestão de Parcerias
SIMERS	Sindicato Médico do Rio Grande do Sul
SIMPA	Sindicato dos Municípios de Porto Alegre

SINDISAÚDE-RS	Sindicato dos trabalhadores de Saúde, enfermeiros, técnicos, duchistas, massagistas e empregados em hospitais e casas de saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência de Assistência Social
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS POA	Secretaria Municipal de Saúde Porto Alegre
SMS-RJ	Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TCU	Tribunal de Contas da União
TJ-RS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
1 O EMBASAMENTO NORMATIVO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL....	26
1.1 Dever do Estado de garantia do direito à saúde para todos positivado como direito fundamental na CRFB/88 e na LOS.....	26
1.2 O financiamento do SUS e sua Nêmesis o equilíbrio fiscal	51
1.3 Principal porta de entrada do SUS e a centralidade da Atenção Básica	78
2 MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA ATÉ A PRIVATIZAÇÃO COMO SOLUÇÃO PARA A INEFICIÊNCIA ESTATAL.....	99
2.1 Contratos administrativos, contratualização, parcerias e terceirização	123
2.2 As parcerias com o terceiro setor.....	136
2.3 A contratualização na Saúde Pública.....	162
3 PESQUISA EMPÍRICA: EXTINÇÃO DO IMESF, RESTRIÇÃO DO MAIS MÉDICOS, RELOTAÇÃO DOS ESTATUTÁRIOS E CONTRATUALIZAÇÃO DA APS	187
3.1 Circunstâncias da contratualização emergencial da APS às OS.....	194
3.2 Histórico da contratualização da APS em Porto Alegre	231
3.3 Crítica à contratualização da APS em Porto Alegre	269
CONCLUSÕES	277
REFERÊNCIAS.....	283
APÊNDICE A - Rol das Unidades de Saúde de Porto Alegre e vinculação.....	297
APÊNDICE B - Rol de emendas parlamentares de 2019 a 2022 repassadas por termos de fomento por intermédio da SMS do município de Porto Alegre.....	301
APÊNDICE C - Emendas parlamentares em maior quantitativo e valor de 2019 até 2022 no SGP em relação ao total.....	306

Declaração de conflito de interesses:

A autora é servidora pública concursada do município de Porto Alegre desde o ano 2000, aprovada no concurso público como médica especialista de ginecologia e obstetrícia. Exerceu a função de médica especialista ginecologista e obstetra atendendo na Atenção Primária à Saúde do SUS até o ano de 2020, quando a Unidade Básica de Saúde em que trabalhava – UBS Cristal, foi uma das primeiras unidades contratualizadas à Organização da Sociedade Civil Sociedade Sulina Divina Providência.

Em processo seletivo interno foi selecionada para exercer cargo de gestão na sede da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre na função de fiscal de serviços no Núcleo de Relacionamento com Prestador Ambulatorial – NRPA vinculado à Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência.

A nova atribuição consistia em fiscalizar o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas dos contratos de serviços ambulatoriais de fisioterapia, reabilitação física e intelectual, exames de imagem, exames laboratoriais, exames prevenção do colo do útero, de diversos prestadores privados que possuíam contratos vigentes firmados com o município de Porto Alegre por meio da Secretaria Municipal de Saúde, em complementação à prestação de saúde do SUS.

A partir de 13 de julho de 2021 assumiu cargo de chefia do Núcleo de Fiscalização de Contratos Assistenciais da Diretoria de Contratos da SMS – NFCA-DC/SMS, com atribuições de fiscalização de serviços, de fiscalização de contratos e de gestão de contratos ambulatoriais e hospitalares.

Permaneceu até abril de 2023 na chefia da Equipe de Fiscalização de Instrumentos de Contratualização Assistencial – EFICA-DC (sigla que substituiu o NFCA), equipe que era composta por 4 médicos especialistas e 1 assistente administrativa para fazer a fiscalização de: 35 contratos de serviços privados ambulatoriais (Lei 8.666/1993); 13 hospitais contratualizados de Porto Alegre (Lei 8.666/1993 e Lei 13.019/2014); 12 contratos de CAPS AD de atendimento de usuários com problemas de saúde mental e drogas (Lei 13.019/ 2014); 3 contratos de serviços de saúde de Pronto Atendimento (Lei 13.019/ 2014); outros 2 contratos de serviços

especializados de atenção à tuberculose/IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais (Lei 13.019/2014).

Em maio de 2023 assumiu como chefe da Equipe de Gestão de Contratos Assistenciais – EGCA-DC que tornou-se, após mudança de regulamento interno, Equipe de Fiscalização de Instrumentos da Contratualização Hospitalar – EFICH-CCA-DC vinculada à Diretoria de Contratualização – DC/SMS/PMPA, com atribuições de fiscalização de contratos hospitalares, formalização de instrumentos de contratualização hospitalar, ordenação de pagamentos hospitalares, formalização de termos de fomentos de emendas parlamentares destinadas aos hospitais. São 13 hospitais contratualizados de Porto Alegre pela Lei 8.666/1993 e Lei 13.019/2014, equipe com 1 administradora, 1 enfermeira e 1 assistente administrativa. Em pouco mais de 3 anos é a quarta mudança relacionada às Diretorias de Contratualização e de Atenção Ambulatorial Hospitalar e Urgências na SMS, segunda mudança de regimento interno, e atribuições e processos de trabalho pendentes de estruturação.

As contratualizações pelo novo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – Lei 13.019/2014 entre a SMS do município de Porto Alegre com as Organizações da Sociedade Civil que assumiram o gerenciamento da Atenção Primária da Saúde NÃO têm fiscalização e controle, ou qualquer supervisão da Autora.

INTRODUÇÃO

À luz da experiência do Município de Porto Alegre que iniciou a terceirização dos postos de saúde no final de 2019 e atingiu 86% dos postos gerenciados por entidades privadas, a pesquisa analisa a contratualização da Atenção Primária da Saúde sob uma ótica jurídico-social e pretende demonstrar que esse modelo gerencial tem impacto negativo no cumprimento do dever do Estado de garantir saúde a todos na maior abrangência possível.

Atentando-se à previsão legal da prioridade para as atividades preventivas na atenção básica, que, na hipótese arremetida nesse trabalho, teriam seu maior alcance e correlação com a melhora da qualidade da saúde a partir da continuidade do cuidado e adesão do usuário do SUS às orientações e acompanhamento por equipe de profissionais da saúde da unidade de saúde mais próxima à comunidade, de acordo com a diretriz da regionalização, por servidores de carreira da administração direta.

Argumenta-se no estudo que o modelo gerencial da gestão delegada às organizações da sociedade civil e seu regime jurídico mais flexível de contratação, aumento do quantitativo de consultas e procedimentos, ampliação de horário de atendimento nos postos e possível menor vacância de profissionais não são vantagens suficientes, a longo prazo, que superam a longitudinalidade do cuidado prestado por quadro de servidores estáveis.

Pretende-se demonstrar que o modelo gerencial de contratualizações, que delega as ações e serviços de saúde às entidades privadas do terceiro setor, tem consequências negativas para a vinculação e adesão dos cidadãos às unidades de saúde de referência, não sendo o mais talhado para efetivação do direito à saúde na atenção básica, que é a porta de entrada do SUS e pressupõe longitudinalidade ao acompanhar e conhecer todos os membros de uma família, provendo assistência integral e personalizada ao longo do ciclo de vida e de saúde-doença das pessoas de uma comunidade.

Os modelos de equipes de saúde da família que prestam serviços nos postos de saúde e criam vínculos com as comunidades abrangidas pela territorialização destas unidades básicas, priorizam os cuidados preventivos, mas também têm papel fundamental nas ações curativas e tratamento de pessoas que sofrem de doenças crônicas.

Entende-se que o comprometimento de profissionais sob regime jurídico publicista e com plano de carreira voltado à medicina comunitária de família favorecem a adesão às recomendações dadas, melhorando indicadores de qualidade, e isso não é possível sob a ótica do gerencialismo e intensa rotatividade dos profissionais dos postos geridos pelas OSC.

A utilização de modelos de gerenciamento da iniciativa privada na delegação da prestação de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS à população por intermédio de terceiros contratualizados, não acarreta, por si só, em um modelo mais eficiente.

Além disso, infere-se que o Poder Público, ao desincumbir-se da prestação direta de serviços de saúde, não adequou seus quadros profissionais para o aumento e complexidade da demanda, tampouco para o controle e supervisão do desempenho dos serviços contratualizados, servidores públicos foram deslocados dos postos de saúde contratualizados para auxiliarem na gestão pública, no acompanhamento da execução dos objetos da contratualização em saúde, entretanto, sem que se tenha treinamento estruturado, permanente e abrangente para atuação de funções de controle dos serviços públicos desempenhados por entidades privadas e, conseqüentemente, aferir se o investimento público está sendo bem aplicado.

Em dezembro de 2022 os postos de saúde da cidade de Porto Alegre totalizavam 139 unidades básicas¹, dentre essas: 5 unidades ou somente 4% com serviços e ações de saúde diretamente prestados por servidores públicos estatutários da SMS POA, administração direta; 14 unidades ou 10% por convênios com o Grupo Hospitalar Conceição² e o Hospital de Clínicas³ de Porto Alegre, empresas públicas de direito

¹ Unidades de Saúde e carta de serviços disponível em: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/atencao-primaria-saude-unidades-de-saude>. Acesso em 11 de dez. 2022.

² Decreto n. 75.403/75 pelo Governo Federal, alterado pelo Decreto n. 75.457/75, desapropriou 51% das ações do capital social das sociedades anônimas Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Fêmeina (HF) e Hospital Cristo Redentor (HCR), com declaração de utilidade pública. Em 31/12/2003, todos os hospitais que compõem o GHC passaram a atender exclusivamente pelo SUS. Em 2012 o HNSC incorporou o HCR e HF (hospitais de média e alta complexidade) registrados como filiais juntamente com mais 18 estabelecimentos: 12 são postos de Atenção Básica e Saúde da Família. Em 2017 foi aprovada a mudança da natureza jurídica para empresa pública, passando a ter um único acionista, a União. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=7>. Acesso em: 11 de dez. de 2022.

³ A Lei n. 5.604 de 2 de set. de 1970 criou a empresa pública de direito privado Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Disponível em:

privado, administração indireta e, 120 unidades ou 86% contratualizadas por meio de termos de colaboração com as OSC, entidades privadas sem fins lucrativos, administradas pelo terceiro setor.

Essas contratualizações feitas pela SMS POA, consistiram no repasse do gerenciamento dos postos de saúde para as organizações sociais por meio da lei das parcerias, a Lei 13.019/ 2014, Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil, e, se por um lado o Gestor Público Municipal informou que haveria garantia de maior número de equipes completas com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, aumentando o número de atendimentos e melhora de infraestrutura, por outro, alguns especialistas de saúde coletiva alegam o problema da rotatividade de profissionais que acabam não criando vínculos com a comunidade.

Sendo o direito à saúde um bem primordial e imprescindível à dignidade da pessoa humana, todas as decisões do poder público nessa seara têm implicações a serem consideradas, a delegação à iniciativa privada ou outros atores não estatais de atendimentos para usuários do SUS tem aumentado nos últimos anos, é cada vez maior o número de parcerias público-privadas na saúde e seu papel tem, paulatinamente, deixado de ser auxiliar ou subsidiário para assumir um protagonismo maior na prestação de serviços de saúde.

Embora haja inexorável avanço dos modelos gerenciais da iniciativa privada à gestão pública, buscando a eficiência dos serviços, o simples repasse do gerenciamento dos serviços a parceiros privados não garante que o dever do Estado quanto ao direito à saúde esteja sendo cumprido, a delegação dos serviços sem acompanhamento e adequada fiscalização de desempenho por parte do Poder Público pode não ser mais eficiente.

Pode-se remeter as origens da contratualização às reformas administrativas iniciadas no Governo Collor de Mello e consolidadas nos dois governos de Fernando Henrique Cardoso, foi construído arcabouço normativo que viabilizou a utilização de modelos de gestão administrativa e o seguimento de ideias e metodologias gerenciais aplicadas na iniciativa privada.

Na promulgação da CRFB/88 foi previsto que a prestação dos serviços de saúde é direito da população brasileira e dever do Estado (art. 196, CRFB/88) e, já nesse momento, em consonância com as reformas administrativas que estavam por acontecer, apontavam a possibilidade de que esse dever poderia ser executado diretamente ou por terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197, CRFB/88).

Salienta-se, contudo, que o Poder-Dever do Estado de regulamentar, fiscalizar e controlar permanece indelegável, em que pese as principais leis infraconstitucionais de regulamentação de licitações e contratos como a Lei 8.666/1993, com revogação prorrogada para 30/12/2023 pela Lei 14.133/ 2021, e, na nova lei de Licitações e Contratos Administrativos, permanecem comandos de que cabe, preferencialmente, ao servidor efetivo ou empregado público dos quadros permanentes da Administração promover as funções essenciais para execução da lei de contratos administrativos.

O processo de contratualização para delegação da prestação de serviços segue em curso, tendo sido iniciado e acelerado em meio ao período da pandemia, o trabalho busca fazer o mapeamento da contratualização dos postos de saúde no município de Porto Alegre, verificar se o Poder Público faz o controle e a fiscalização da contrapartida do desempenho das parcerias que assumiram esse papel, verificar se os indicadores de saúde melhoraram em Porto Alegre. Essas questões são pertinentes mesmo no estado atual e relativamente inicial de cerca de 3 anos da contratualização dos serviços do SUS no município de Porto Alegre, naquela que é considerada a sua porta de entrada, a unidade básica de saúde.

Porquanto as justificativas para o modelo gerencial na saúde e uso de conceitos inspirados na Nova Gestão Pública, que visam a eficiência, responsabilização e redução de custos, há indícios em pesquisas de que os recursos financeiros transferidos às entidades privadas têm sido crescentes e maiores do que aqueles para a administração direta, que não há monitoramento adequado quanto aos serviços prestados e, além disso, essas entidades ainda são subsidiadas com benefícios tributários, é evidente a necessidade de lançar luz sobre a opacidade de um modelo de gestão que tem proliferado nos entes municipais, e que abrangeu a maior parte da gestão da APS no Município de Porto Alegre.

O aumento de atendimentos e a ótica privada de “satisfazer o cliente” assentindo às demandas de encaminhamentos e pedidos de exames de *check up* pode não estar

observando a função educativa e de promoção à saúde que, muitas vezes, é contrariar o que o paciente solicita, e prover o que é necessário, nem sempre pedindo baterias de exames, mas sim orientando grupos de acompanhamento para parar de fumar, orientações com relação a mudanças de hábitos de vida, modificação da dieta, higiene do sono e incentivo à atividade física, o que, contudo, a pesquisa não tem lapso temporal suficiente para demonstrar.

A rotatividade dos profissionais nas equipes multidisciplinares das unidades contratualizadas, a falta de longitudinalidade da assistência é considerado o ponto mais frágil do modelo de parcerias com o terceiro setor da saúde básica do SUS, ou seja a tendência de rotatividade de profissionais e, conseqüentemente a falta de vinculação de equipes de saúde de família à comunidade que atende, podendo comprometer a longo prazo a aderência às condutas e tratamentos por parte dos usuários e, dessa forma, influenciar negativamente nos indicadores de saúde de longo prazo, por esse motivo transferência da execução da prestação de serviços para as OSC podem não ser um bom modelo na saúde primária.

O problema da longitudinalidade só pode ser abordado nesse momento de experiência recente no município de Porto Alegre de forma indireta, com o apontamento da rotatividade das equipes profissionais de assistência, podendo-se inferir por esse dado a possibilidade de prejuízos de adesão às recomendações dadas pelas equipes de saúde.

A falta de seguimento e aderência associa-se a piores indicadores de qualidade de saúde, quando há aderência do paciente em contexto de acompanhamento longo e de confiança, a abordagem preventiva e de estímulo a seguir bons hábitos de vida e saúde tende a obter melhores resultados, os usuários de medicamentos contínuos para tratar enfermidades crônicas têm melhores controles das doenças e prognósticos mais favoráveis.

Como já referido, depreende-se que o Poder Público, ao transferir a prestação de serviços de saúde, não adequou seus quadros profissionais à complexidade do controle e supervisão do desempenho dos serviços contratualizados, muitos servidores públicos com carreiras longas e de perfil assistencial saíram dos postos de saúde em que atendiam, indo para a gestão sem terem o perfil ou capacitação para a atribuição, ou foram sendo

deslocados para outros postos e centros de especialidades em que não têm sua experiência ou capacidade assistencial bem aproveitadas.

Ainda que nesse momento de contratualização da atenção primária de saúde haja pouco tempo de experiência para conclusões robustas sobre possíveis vantagens ou desvantagens desse modelo em comparação aos serviços públicos que eram prestados pela administração pública direta e indireta, e que o processo tenha se dado em meio ao evento dramático de uma pandemia, que interfere radicalmente no tema pesquisado, entende-se que a pesquisa do fenômeno traz contribuições em todas as etapas de implantação, indicadores de qualidade da saúde podem sinalizar alguma tendência ou aprofundamento necessário a ser feito e, se é um modelo vantajoso para a atenção primária, na abrangência majoritária que foi implementada no município de Porto Alegre, e com o tipo de fiscalização e controle que é ou não exercido.

Assim, é relevante testar a hipótese se as consequências da contratualização da APS são benéficas ou não ao direito à saúde, se há melhora de indicadores de qualidade, bem como avaliar se os mecanismos de fiscalização e controle têm cumprido seu papel em identificar os resultados satisfatórios ou insatisfatórios, se os órgãos de controle têm acompanhado os processos de contratualização, se há treinamento de agentes públicos para identificação de desvios ou irregularidades.

A pesquisa empírica quali-quantitativa utilizou a abordagem dedutiva, com pesquisa exploratória, método de procedimento analítico e histórico-crítico através de análise documental indireta, bibliográfica, doutrinária, legislativa e jurisprudencial da contratualização das UBS, consultas a documentos públicos de portais de transparência, sites institucionais e de base de dados governamentais, os dados públicos do CNES e os indicadores do sítio oficial do SISAB.

O trabalho divide-se em três capítulos, no primeiro capítulo faz-se o detalhamento do embasamento normativo do direito à saúde no Brasil da constituição ao arcabouço infraconstitucional, o financiamento do SUS é destacado tendo em vista as implicações e justificativas de todo o processo paulatino de privatização iniciado na década de 1990 até atingir o nível da atenção primária, presentemente.

No segundo capítulo descrevem-se as mudanças dos modelos de gestão pública e o processo de privatização em sentido amplo que vem ocorrendo progressiva e

inelutavelmente, o instituto da contratualização, das parcerias do terceiro setor e da contratualização da saúde especificamente.

No terceiro capítulo adentra-se na experiência da contratualização da APS em Porto Alegre, a demissão dos empregados do IMESF, fundação pública de direito privado criada por lei que foi declarada inconstitucional, o que deflagrou as contratações emergenciais por dispensa de chamamento das OSC, entidades privadas sem fins lucrativos, que passaram a gerir 86% dos postos de saúde do município. Avalia-se se o gestor municipal fiscalizou adequadamente as ações e serviços de saúde que foram delegadas em grande medida para o terceiro setor.

A conclusão da pesquisa confirmou a hipótese de que a contratualização à iniciativa privada da atenção primária à saúde traz impacto e consequências negativas para o direito fundamental à saúde, a maior precariedade das relações empregatícias dos profissionais de equipes de ESF com OSC acarreta grande rotatividade interferindo diretamente em premissas que são o próprio fundamento do cuidado básico de saúde na porta de entrada principal do SUS, como a longitudinalidade e a vinculação à comunidade.

Além disso não se verifica, nesse momento, adequada estruturação e capacitação dos quadros de agentes públicos para o monitoramento e avaliação do múnus da fiscalização e da prestação de contas, a ausência de transparência de todos os custos e da avaliação completa da prestação de contas e do alcance dos resultados e, não havendo matrizes de comparação com os modelos anteriores, impedindo quaisquer análises quanto à vantajosidade do modelo gerencial em execução no município de Porto Alegre.

A ampliação desmesurada da contratualização da saúde no município de Porto Alegre com as OSC apresenta grande rotatividade em todas as categorias profissionais, fazendo com que as equipes não consigam se estabelecer por tempo suficiente à organização de processos de trabalho e capacitação do cuidado, a descontinuidade e falta de vinculação às unidades de saúde compromete a longitudinalidade dos cuidados básicos de saúde em fase de mudança demográfica importante, com maior envelhecimento populacional e incidência de doenças crônicas, sem aderência do paciente aos cuidados e recomendações da equipe de saúde, fica comprometida a prevenção e, não se atuando efetivamente nas complicações evitáveis no nível primário, sobrecarrega-se a demanda

por mais consultas em média e alta complexidade, emergências, internações o que provoca a insustentabilidade do sistema como um todo, desorganizando a rede como um todo.

1 O EMBASAMENTO NORMATIVO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Na CRFB/88, o direito à saúde foi constitucionalizado como direito fundamental social (arts. 6º e 196), com a adoção de conceito amplo de completo bem-estar físico, mental e social, conforme as recomendações da OMS, assim como a unificação do Sistema de Saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – com a universalidade da assistência, garantia de acesso a todos sem discriminação e a integralidade, assegurando o acesso a diferentes níveis de complexidade na assistência, descentralizando e regionalizando as ações e seus serviços (SARLET, 2013, p. 1925-1926).

A CRFB/88 determina que o direito à saúde é um direito de todos e dever do Estado (arts. 6º e 196), prevê competência administrativa comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23, inciso II), define a competência legislativa concorrente da União, Estados e Distrito Federal (art. 24, inciso XII), com previsão de financiamento orçamentário no art. 195 e das diretrizes no art. 198: descentralização (inciso I), atendimento integral (inciso II) e participação da comunidade (inciso III), bem como a relevância pública das ações e serviços de saúde e a necessidade de sua regulamentação (art. 197) (BRASIL, 2012).

No art. 30, inciso VII, da CRFB/88 define-se aos municípios a competência da prestação dos serviços de atendimento de saúde, tendo a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. Com a Emenda à Constituição – EC n. 29 de 2000, houve a inserção de mais uma hipótese de Intervenção Federal, com a alínea “e”, no inciso VII do art. 34 que estabeleceu a possibilidade de intervenção da União nos Estados e Distrito Federal quando não houver a “aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde”.

A seguir realiza-se o detalhamento desses e dos demais dispositivos constitucionais atinentes ao direito à saúde, bem como dos princípios e diretrizes do SUS e as características doutrinárias e organizativas do sistema de saúde brasileiro.

1.1 Dever do Estado de garantia do direito à saúde para todos positivado como direito fundamental na CRFB/88 e na LOS

Ainda que o detalhamento normativo constitucional do direito à saúde esteja disposto no título VIII – DA ORDEM SOCIAL – da CRFB/88 (Da saúde arts. 196 a 200),

já no art. 6º da CRFB, numa inovação constitucional considerada de vanguarda por Ingo Sarlet (2013, p. 534), o direito social à saúde foi elencado junto a outros direitos sociais básicos e de caráter geral no capítulo II do título II dos direitos e garantias fundamentais da constituição. Assim os direitos sociais, como o direito à saúde, foram positivados como autênticos direitos fundamentais na CRFB de 1988.

Outrora considerados como normas de cunho programático⁴, a positivação dos direitos sociais junto ao título em que está o catálogo dos direitos fundamentais evidenciou, indubitavelmente, o seu caráter de direito fundamental, impondo aplicabilidade imediata e não de norma programática (SARLET, 2018, p. 65-67).

Os direitos fundamentais sociais positivados nas constituições impõem ao Estado que atue na prestação desses direitos aos seus titulares, há legitimidade, portanto, para que os direitos sociais sejam demandados judicialmente caso não tenham sido providos, o que caracteriza a natureza principiológica ou o caráter *prima facie* dos direitos sociais (ALEXY, 2011, p. 441-446).

Para Robert Alexy (2011, p. 503-505) há complementaridade entre as duas dimensões de direitos historicamente reconhecidos, respectivamente, direitos liberdade e direitos de igualdade, a prestação positiva dos direitos sociais de segunda dimensão conecta-se ao exercício dos direitos de resistência da primeira dimensão pois não haveria condições de exercício da autodeterminação dos direitos de liberdade sem as condições materiais da existência humana, que, por sua vez requerem prestações estatais de saúde, educação, proteção trabalhista.

No que se refere à efetividade das normas constitucionais, o direito subjetivo ou poder de reivindicar imediatamente a satisfação de uma prestação estatal instituída na CRFB/88 por força do art. 5º, §1º de que “As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata” confere aos titulares da norma o poder de demandar prestações positivas estatais de direitos fundamentais sociais, como a saúde,

⁴ Sobre as normas chamadas pudicamente de “programáticas” na Constituição italiana, Norberto Bobbio fez a crítica: “Será que já nos perguntamos alguma vez que gênero de normas são essas que não ordenam, proibem ou permitem *hic et nunc*, mas ordenam, proibem e permitem em um futuro indefinido e sem prazo de carência claramente delimitado. E, sobretudo, já nos perguntamos alguma vez que gênero de direitos são esses que tais normas definem? Pode ainda ser chamado de *direito*, algo cujo reconhecimento e efetiva proteção são adiados *sine die*, além de confiados à vontade de sujeitos cuja obrigação de executar um *programa* é apenas moral ou, no máximo, política?” (BOBBIO, 2004, p. 72).

direito de ação assente no art. 5º, inc. XXXV da constituição (BARROSO, 2011, p. 243-245).

À ideia sobre o custo dos direitos estar atrelado basicamente aos direitos sociais, exemplifica-se com o fato de que direitos liberais de defesa que, em essência, exigem a abstenção do Estado para que se efetive a tutela dos valores protegidos pela norma, em verdade, também requerem a prestação positiva por parte do Estado, para que se dê provimento pleno às condições de seu exercício, uma vez que há dispêndio de recursos, *v.g.*, com segurança pública e estrutura material (MELLO, 2004, p. 164-165).

Assim há gastos envolvidos com segurança pública e na concretização das normativas e institucionalidade do direito penal para garantia dos direitos liberais, por outro lado, quanto aos direitos sociais, para serem efetivados, podem requerer a abstenção do Estado já que “direitos fundamentais são complexos de direito de cunho negativo e positivo que implicam em feixe conexo e diversificado de posições jurídicas fundamentais” (MELLO, 2004, p. 164-165).

Essa abordagem bastante conhecida que diferencia os “direitos negativos” na abstenção do Estado para garantia de direitos liberais, e “direitos positivos” nas prestações estatais para prover direitos sociais, ou liberdade *versus* subsídio, parece intuitivamente adequada, mas para Cass Sunstein e Stephen Holmes (2019, p. 23-24) essa diferenciação não é assim tão evidente e, na prática, todos os direitos dispostos em atos normativos estatais são direitos positivos.

Costuma-se aludir que os direitos de defesa contra a intromissão do Estado são o próprio cerne do constitucionalismo e, enquanto a ação é custosa, a abstenção é mais barata. Tal diferenciação também remete à distinção política entre Estado pequeno e Estado grande, em que os direitos negativos elidem o Estado e protegem a liberdade, sendo privativos, e os direitos positivos requerem o Estado e protegem a igualdade, sendo caritativos e contributivos (HOLMES e SUNSTEIN, 2019, p. 24-27).

Essa classificação tem certo apelo moral no que se refere à proteção da igualdade e o cunho contributivo, entretanto, para os conservadores norte-americanos, os direitos positivos relacionados aos direitos de bem-estar podem infantilizar os indivíduos que, para seu exercício, dependem de distribuição gratuita de recursos pelo governo, ao passo que os direitos liberais clássicos estimulam a autonomia e autossuficiência, repelindo as

esmolas e o paternalismo estatal. Em contraposição, os progressistas consideram um aperfeiçoamento moral e uma verdadeira evolução na trajetória histórica que conduziu das imunidades, ou direitos negativos insuficientes, à ascensão dos direitos positivos codificados em leis que impõem a prestação de serviços públicos (HOLMES e SUNSTEIN, 2019, p. 28-29).

Na dicotomia se os indivíduos devem ser tão somente protegidos contra o Estado ou se também precisam da proteção vinda do Estado, para Cass Sunstein e Stephen Holmes (2019, p. 29-31), a distinção entre esses dois tipos fundamentais de direitos é mais complexa do que se supõe e, todos os direitos que tiverem sido dispostos em leis são, inevitavelmente, positivos, garantir direitos têm custo alto e requer o poder coercitivo estatal.

Como referido, quanto aos direitos sociais e sua imbricação com os direitos de liberdade, Robert Alexy (ALEXY, 2017, p. 503-507) pontua que a falta de bens materiais ou condições mínimas existenciais prejudicam o exercício da liberdade e autodeterminação, assim, são principalmente os mais desprovidos que precisam das prestações estatais positivas que lhes garantam de fato a liberdade. Contudo, dado o efeito vinculante dos direitos sociais, as deliberações sociais deslocam-se da competência legislativa para a judicial, conforme o jurista alemão, se não fossem vinculantes, violariam a cláusula de vinculação da Constituição alemã (art. 1º, § 3º), o que se pode transpor para a realidade brasileira.

Há certa indeterminação do conteúdo dos direitos fundamentais sociais, que são formulados, em regra, de forma abstrata, remetendo à interpretação política ao invés da judicial e, conseqüentemente, a problemática do princípio da separação dos poderes, o que também está mais correlacionado aos custos financeiros e política orçamentária dos direitos sociais de competência dos poderes políticos (ALEXY, 2017, p. 508-510).

Alexy (2017, p. 508-510) ressalta os custos altos desses direitos e, para os quais, o Estado pode apenas redistribuir os recursos que recolhe por meio dos impostos, assim, sua capacidade de prestar os direitos sociais está delimitada pela arrecadação feita, essencialmente o que o Estado retira dos contribuintes, tendo em vista os fins distributivos, sem que venha a violar os direitos de propriedade dos pagadores de impostos.

Ainda que sejam muito altos os impactos financeiros a serem suportados pelo Estado, mesmo se considerando o direito social ao mínimo existencial, sendo grande o número dos necessitados, a “força do princípio da competência orçamentária do legislador não é ilimitada”, e os direitos individuais, em sopesamento de razões, podem sobrepujar alegações como a repisada reserva do possível, e, em momentos de crise a proteção constitucional dos direitos sociais tem importância ainda maior (ALEXY, 2017, p. 512-513).

Os direitos têm custos altos porque implicam no financiamento pelo contribuinte das estruturas que vão monitorar e garantir seu exercício, impondo-os coercitivamente quando houver necessidade, a abstração de que os direitos são substancialmente “muralhas contra o Estado” está apoiada na dissonância cognitiva de que o judiciário não faz parte do Estado, olvidando que o exercício da jurisdição sobre a polícia e os membros dos poderes políticos faz parte das atribuições de um serviço público pago por salários advindos do recolhimento de impostos, assim como os demais funcionários públicos do Estado (HOLMES e SUNSTEIN, 2019, p. 31).

Ainda que não exista nenhuma instituição ideal, não resta dúvidas que alguma estrutura estatal é necessária para garantir os remédios jurídicos contra possíveis violações, os direitos podem não ser preservados se a autoridade pública não estiver presente, o indivíduo absolutamente autossuficiente não possui direitos, não se pode ser “a favor dos direitos” e “contra o Estado”, desse modo

O financiamento de direitos básicos por meio da renda tributária nos ajuda a ver claramente que os direitos são bens públicos: serviços sociais pagos pelo contribuinte e administrados pelo governo, cujo objetivo é aperfeiçoar o bem-estar coletivo e individual. Todos os direitos são positivos (HOLMES e SUNSTEIN, 2019, p. 35).

Nesse sentido a constitucionalização do direito à saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, desperta contínua fricção entre os poderes públicos e a sociedade porquanto seja uma seara em que as demandas na população crescem na mesma medida em que a densidade do desenvolvimento tecnológico dos tratamentos e os seus custos.

Como qualquer outro direito fundamental, o direito à saúde não é um direito absoluto, dessa forma, com o contínuo crescimento das demandas e seus dispêndios, para

garantir a prestação da saúde é necessário que se façam escolhas, bem como se priorizem certas políticas públicas em detrimento de outras.

Voltando-se ao texto constitucional brasileiro, há consenso quanto a algumas características advindas com a CRFB/88 e que se estendem aos direitos fundamentais do título II, que são o seu caráter analítico, o pluralismo e o cunho programático e dirigente. Quanto ao pluralismo, decorreu da conciliação entre posições divergentes dos constituintes originários, e uma das manifestações de pluralismo pode ser vislumbrada nessa catalogação em um mesmo título tanto de direitos sociais, quanto dos clássicos direitos de liberdade, dos direitos políticos, de nacionalidade e dos partidos políticos (SARLET, 2018, p. 67).

Com a multiplicidade de valores culturais, crenças religiosas, convicções morais, ideais de vida digna, ou seja, diante do pluralismo da sociedade contemporânea não houve outro caminho exceto encontrar os consensos possíveis em meio à diversidade e ao conflito, muito embora nem todo pluralismo tenha obtido sucesso em encontrar consensualidade no ambiente democrático, essa diversidade ficou plasmada na constituição com o caráter multifacetado das posições dos constituintes originários que a redigiram (CITTADINO, 2000, p. 78).

O art. 196 da CRFB/88, que inicia a Seção II – Da saúde no capítulo II – Da seguridade social no Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando que sua prestação é garantida por meio de políticas sociais e econômicas e que, dentre suas diretrizes, estão o acesso universal e igualitário na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse dispositivo constitucional impõe a obrigação estatal de efetivar o direito à saúde, quer seja na esfera individual como na pública, observando-se inclusive na responsabilidade por normas penais e de vigilância sanitária, como nos atos normativos organizacionais e de regulamentação das políticas públicas, além disso, salienta que particulares também têm dever geral de respeito à própria saúde e com relação à saúde de outrem, o que implica mesmo numa vinculação desse dever fundamental ao princípio da solidariedade uma vez que a sociedade como um todo compartilha a responsabilidade pela proteção da saúde “de todos e de cada um” (SARLET, 2013, p. 1932).

Nesse sentido, segundo Cláudio Ari Mello (2023, p. 266), a tendência tem sido a adoção de concepção minimalista para observância do dever da solidariedade comunitária (art. 3º, I, CRFB/88) no provimento dos direitos sociais, uma vez que o dever a prestações estatais é imediatamente tutelado pelo Estado, mas o devedor mediato é a comunidade política, assim a medida do comprometimento para prover as necessidades dos seus membros visa assegurar o “mínimo existencial” que garanta a dignidade da pessoa humana.

O art. 196 da CRFB/88 não faz a descrição explícita do conteúdo abrangido no direito à saúde, o que não impede que seu cumprimento seja demandado judicialmente, contudo pode ser extraído do texto constitucional que o direito fundamental à saúde envolve aspectos de prevenção, promoção e recuperação (SARLET, 2013, p. 1933).

O direito à promoção da saúde compreende o dever estatal da viabilização das políticas públicas que propiciem as condições de melhora da qualidade de vida, a prevenção da saúde visa a concretização de meios que evitem o aparecimento das doenças, o que inclui o papel estatal para evitar a disseminação epidêmica das doenças infecciosas. Já, o direito-dever à recuperação da saúde, refere-se às ações e serviços que objetivam a cura das doenças ou, pelo menos, do abrandamento dos malefícios e sofrimentos impostos às pessoas pelas afecções que abalam a saúde (SARLET, 2013, p. 1933).

Portanto o dever do Estado em implementar, articuladamente, políticas públicas que visem a prevenção e a cura de enfermidades na maior medida possível é inquestionável, concerne à dimensão objetiva do direito fundamental à saúde que irradia e direciona que esse dever seja prestado por agentes dos três poderes, entretanto, assim como já assentado na doutrina, não existem direitos absolutos, não se pode pretender que os comandos constitucionais confirmem a toda população brasileira o direito a receber a melhor prestação de saúde que houver no mundo (SCHULZE e GEBRAN NETO, 2016, p. 38-39).

A convivência entre a diversidade de indivíduos titulares de direitos fundamentais nas democracias constitucionais exige muitas vezes que haja limitação de uns para a proteção de outros direitos individuais ou de bens e valores da coletividade, a fim de que os direitos possam ser usufruídos harmonicamente entre todos é requerido dos poderes

constituídos que sejam impostas limitações recíprocas aos direitos colidentes, conforme delimitação por lei, denotando a relatividade dos direitos fundamentais (MELLO, 2023, p. 236-237).

Lembra Ingo Sarlet (2013, p. 1933), no que se refere ao art.196 da constituição, que fica explicitada a congruência com “o dever de progressividade de efetivação do direito à saúde”, consonante ao que foi ratificado pelo Brasil no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais que, no seu art. 12, dispõe o que segue: “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (BRASIL, 1992).

Por sua vez, em harmonia com o conceito da Organização Mundial da Saúde – OMS de que a saúde compreende o “completo bem-estar físico, mental e social”, e de que há que se encontrar um equilíbrio entre as pessoas e o meio em que vivem, além das considerações doutrinárias relacionadas ao conceito de mínimo existencial de que esse não está adstrito ao “mínimo vital” da mera sobrevivência corpórea (SARLET, 2013, p. 1933).

Numa dimensão objetiva do dispositivo constitucional em análise, a proteção da saúde extrapola a relação Estado-indivíduo para o Poder-Dever do Estado em impor deveres à atuação dos particulares na seara da saúde, com a edição de atos normativos penais, na vigilância sanitária, na tutela do consumidor, proteção de trabalhador, entre outros (SARLET, 2013, p. 1933).

Em países com acentuada pobreza como o Brasil o “acesso universal e igualitário” garantidos no art. 196 da CRFB/88 pode ser considerado um desafio, para Sarlet (2013, p. 1936), a marcada desigualdade social implicaria no cotejo entre necessidades e possibilidades entre a prestação demandada e as condições do demandante, e é questionável se a universalidade significa (ou deveria significar) a gratuidade da assistência à saúde, ao se considerar a concreta necessidade, além disso é importante ressaltar que a gratuidade da prestação do direito fundamental à saúde evoca também os princípios da solidariedade, subsidiariedade e proporcionalidade.

Nesse ponto, deve-se fazer a conexão com o princípio da isonomia que não quer dizer prestar a mesma assistência para todas as pessoas de maneira irrestrita, e sim a

perspectiva da justiça distributiva aristotélica de tratamento desigual aos desiguais na medida em que ocorrem essas diferenças (BITTAR e ALMEIDA, 2011, p. 134).

Segundo Ingo Sarlet (2013, p. 1937), em que pese seja defendida por parcela da doutrina, a gratuidade material da prestação do direito fundamental à saúde para toda e qualquer pessoa não é uma decorrência natural do princípio da universalidade, bem como a garantia de integralidade não impõe que quaisquer pretensões sejam inteiramente satisfeitas.

Assim podem ocorrer delimitações instituídas pela própria organização estrutural do SUS que restrinjam certas solicitações de saúde, bem como há a necessidade de racionalização da distribuição de recursos escassos e o direcionamento para áreas mais carentes ou em maior risco de emergência sanitária, frisando-se que as diretrizes da universalidade e da integralidade não significam que o Estado deva satisfazer infinitamente as necessidades de saúde uma vez que os recursos financeiros e humanos envolvidos na prestação da saúde são finitos; esses princípios também estão dispostos na LOS, que regulamenta as diretrizes e regramentos do SUS.

A diretriz da universalidade informa que qualquer indivíduo que esteja em território brasileiro possui o direito de obter assistência de saúde no SUS, podendo usufruir de suas políticas públicas em todos os níveis de complexidade, não há nenhuma pré-condição para o acesso, não importa qual é sua nacionalidade ou naturalidade, classe social, se trabalha, que idade tem, ou quaisquer outras características pessoais.

Basta a condição de ser humano, por conseguinte, para acessar o SUS em todos os níveis, pelo princípio da universalidade não se pode impedir que pessoas de outras localidades, mesmo estrangeiros vindos dos mais diversos países, recebam tratamento pelo SUS e, como já descrito, a integralidade como diretriz constitucional correlaciona-se com aspectos de prevenção, proteção e recuperação da saúde, ou níveis de complexidade de cuidado, não se confundindo com todo o tipo de tratamento ou dever estatal irrestrito, a integralidade opõe-se à compartimentalização do cuidado (SCHULZE e GEBRAN NETO, 2016, p. 126-128).

No texto do art. 197 da constituição fica explícita a relevância pública das ações e serviços de saúde, demarcando o caráter da indisponibilidade do direito tutelado em termos subjetivos e objetivos, individual ou coletivamente, na dicção do dispositivo

também, há a possibilidade do dever da execução dos serviços e ações de saúde poder ser feito diretamente pelo poder público ou prestado pela iniciativa privada e saúde suplementar. Já, quanto às atribuições de regulamentação, fiscalização e controle, fica claro que são atividades exercidas pelo Estado (SARLET, 2013, p. 1937-1938).

O Estado possui o poder-dever de exercer o controle sobre as ações e serviços que são do interesse da sociedade e, no caso da saúde o atributo constitucional expresso da relevância pública exige que sejam implementadas atividades regulatórias e de fiscalização, tanto àquelas ações e serviços de saúde prestados diretamente pelo poder público, quanto à prestação da saúde pela iniciativa privada, protegendo o bem jurídico da vida humana constante e permanentemente (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 27).

O art. 198 da Constituição engendra os princípios e diretrizes do SUS, tanto na sua concepção doutrinária quanto na organizativa. O princípio da unidade do SUS informa a superação dos modelos pulverizados anteriores a 1988, a unidade representa que todas as ações e serviços alinham-se às mesmas políticas e regramentos, num único sistema e planejamento, ainda que em níveis federativos de âmbito nacional, estadual ou municipal (SARLET, 2013, p. 1939).

Pela nova ordem constitucional as ações e serviços de saúde constituem uma rede regionalizada que se adequa às necessidades de cada local, com direcionamento único em cada esfera de governo, e em conformidade com o princípio da descentralização, atendendo indicações epidemiológicas e da OMS, o que segue as proposições do Movimento de Reforma Sanitária colacionados no relatório da 8ª CNS já citado, além da tradição municipalista brasileira, sendo patente a relação com o princípio federativo, a descentralização é diretriz do SUS prevista no inc. I do art. 198 da CRFB/88 (SARLET, 2013, p. 1939-1940).

Tratando-se de um país de dimensões continentais como o Brasil em que as diferenças regionais implicam em diversidade epidemiológica, e cujas demandas por serviços e ações de saúde requeiram assistência particularizada às demandas de cada localidade, a diretriz da descentralização atende à alocação dos recursos e das ações aos municípios, preservando a rede regionalizada no sistema de direção única e os princípios e diretrizes que abrangem os entes federativos.

A hierarquização, disposta no *caput* do art. 198, relaciona-se com os níveis crescentes de complexidade dos serviços e ações de saúde aos moldes de conceituação sanitária, assim a prestação de saúde deve dar ênfase de acesso aos serviços mais básicos, de tal maneira que esses estejam espalhados, descentralizados e, na medida que o nível de complexidade das ações e serviços vai aumentando, passam a ser prestados de forma mais concentrada e centralizada (SARLET, 2013, p. 1939).

Nesse sentido, conforme Sarlet (2013, p. 1939), há que se conciliar ao princípio da hierarquização os princípios da subsidiariedade e da eficiência entre os entes federativos, uma vez que de acordo com o nível de complexidade de saúde demandada, as ações e serviços de saúde devem ser suportados no âmbito federativo que detenha as melhores condições, seguindo as normativas de repartição das competências; no entanto, ressalta-se que há entendimento jurisprudencial de que o descumprimento do dever estatal de assistência à saúde implica na responsabilidade solidária dos entes federativos.

A concepção hierárquica tradicional é uma organização em forma de pirâmide, em que de acordo com o nível de complexidade, a atenção primária fica na base, a atenção ambulatorial no centro e a atenção especializada hospitalar está no topo da pirâmide. A atenção básica é atendida por Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sendo o nível de atenção à saúde que está próximo à comunidade. Na atenção secundária a prestação da saúde é atribuída às especialidades clínicas e; na atenção terciária estão os atendimentos que requerem maior complexidade e densidade tecnológica, a assistência é prestada nos hospitais de grande porte e hospitais universitários (SOUZA, 2019, p. 58-59).

Contudo, nos últimos anos, essa concepção hierárquica piramidal deu lugar às redes poliárquicas de atenção à saúde, forma de organização em rede que não obstante continue a atender as necessidades de complexidade e densidade tecnológica, estabelece redes policêntricas horizontalizadas ao invés da relação vertical anterior, permitindo a superação da disposição hierárquica, uma vez que há relativa predominância de doenças crônicas nas demandas de saúde, há exigências quanto à organização de conjuntos de serviços de saúde em ações coordenadas, tendo o propósito comum da assistência à saúde de maneira contínua e integral (MENDES, 2010, p. 2300).

Atentando-se que as portas de entrada e acesso ao SUS foram discriminadas pelo Decreto n. 7.508/ 2011 (BRASIL) como sendo: a atenção primária, as urgências e emergências, a atenção psicossocial e especiais de acesso aberto, desse modo não somente a atenção primária constitui uma das importantes portas de entrada ao SUS, como tem papel primordial na condução do usuário no seu percurso dentro do sistema hierarquizado quando há necessidade de outros níveis de complexidade, ressalta-se que a compreensão da centralidade e importância da atenção básica para o SUS é crucial para o escopo do presente estudo.

Outrossim, redes poliárquicas organizam-se cooperativamente e de maneira interdependente, intercambiando os seus recursos entre os diferentes componentes da atenção à saúde, promovendo a continuidade da assistência em busca de objetivos comuns para a melhora da saúde prestada à população nos níveis primário, secundário e terciário, observando-se as demandas por densidades tecnológicas, não mais se aplicam relações verticalizadas mas sim uma conformação de redes policêntricas horizontais em que, ocupando a posição central desse modelo e fazendo a coordenação e a articulação da rede de atenção integral, está a atenção primária à saúde em sua proximidade e vinculação com a comunidade do entorno (MENDES, 2010, p. 2300).

Não obstante o princípio-diretriz da integralidade suscitar controvérsias sobre qual é a abrangência desse atendimento integral a ser provido, não é difícil vislumbrar que o fato de demandar prestações materiais que envolvem o financiamento do SUS, indica que além da existência dos limites econômicos, deve-se atentar para os requisitos técnico-científicos, bem como os critérios de segurança e eficácia para o fornecimento de prestações materiais em saúde (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 16).

A participação da comunidade no SUS é uma das diretrizes do inc. III, art. 198, e envolve o controle social com representantes da sociedade civil participando de Conferências de Saúde, possuindo competência para o acompanhamento de políticas de saúde junto aos Conselhos de Saúde dos respectivos entes federativos, podendo participar do planejamento e controle do SUS, analisando propostas e denúncias, esse dispositivo teve a participação da comunidade na gestão do SUS regulamentado pela Lei n. 8.142 de 1990 (BRASIL).

A participação da iniciativa privada na assistência à saúde está expressamente prevista no art. 199 da CRFB/88, podendo ser a denominada participação *suplementar* com a prestação de serviços diretamente por acordos entre particulares e, a participação *complementar*, prevista no §1º deste artigo, por meio de contratos ou convênios com o poder público e em conformidade com as diretrizes do SUS e, nessa última forma de participação dá-se a preferência para as entidades filantrópicas e as que não possuam fins lucrativos.

Assim a saúde pode ser prestada diretamente pelo Estado como um serviço público integrado ao SUS ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, sendo então possível a parceria público-privada ou a delegação dos serviços. No §2º do art. 199 há vedação de auxílios ou subvenções com orçamento público para instituições privadas que auferam lucros.

No concernente à complementaridade na prestação de serviços públicos do SUS, a norma constitucional não determinou qual a medida dessa complementação de prestação de serviços de saúde, qual o quantitativo de recursos públicos ou de produção realizada por prestadores contratualizados é considerada complementar àquela prestação direta pelo ente estatal.

Com relação ao questionamento sobre qual é a medida da complementaridade, Caroline Chiamulera (2021, p. 181) alega que mesmo nos casos em que os valores dos recursos financeiros sejam de dimensão proporcionalmente maior às entidades privadas do que aos serviços públicos próprios, é o quantitativo da produção de serviços prestados, e não os gastos, que devem servir de parâmetro para se estimar a complementaridade.

A abertura e indeterminação do conteúdo do §1º, art. 199 ao dispor que “as instituições privadas poderão participar de *forma complementar*” do SUS propiciaria, conforme Chiamulera (2021, p. 183), com que a transferência de recursos públicos para as contratualizações de serviços de saúde pudesse ser feita em quantitativos indeterminados, e se poderia lançar mão da complementaridade ao SUS por entidades privadas sem considerações com relação ao nível de complexidade: “se secundário ou terciário/ média ou alta complexidade”.

Neste estudo sobre a contratualização dos postos de saúde, como se descreverá, compreende-se que a complementaridade não é vocábulo sequer semanticamente adequado uma vez que, na cidade de Porto Alegre, foi feita a delegação da quase totalidade das ações e serviços da atenção primária à saúde para entidades privadas do terceiro setor, somente 4% de alguns postos de saúde considerados centros de especialidades ainda são geridos pela administração direta, e 96% possuem algum instrumento de contratualização, destes sendo 10% com a administração indireta mediante convênios, e 86% com as organizações sociais mediante termos de colaboração com a SMS POA⁶.

Inobstante, Chiamulera (2021, p. 183) afirma que, como não há critérios constitucionais de percentuais mínimos de prestação dos serviços próprios pelo poder público, contratualizar 91% de assistência hospitalar de alta complexidade não pode ser considerado inconstitucional e, mesmo que os serviços públicos próprios sejam prestados diretamente pelo Estado em quantitativos ínfimos, ainda assim a contratualização maciça de até mais de 90% dos serviços seria chamada de complementar.

Por fim, o último dos artigos constitucionais específicos da saúde, o art. 200 da CRFB/88 estabelece em seus incisos atribuições relacionadas ao controle e fiscalização de insumos e serviços de interesse sanitário individual e coletivo, ações de vigilância

⁶ Percentuais de 11 de dez. 2022, o processo de contratualização é contínuo e continua sendo ampliado.

sanitária e saúde do trabalhador, saneamento básico, desenvolvimento científico e tecnológico, além de inspeção de alimentos e bebidas, fiscalização e controle de teor nutricional desses itens de consumo humano.

Acerca da previsão constitucional de prestação de serviços públicos, o art. 175 da CRFB/88 define a incumbência do Poder Público em fazer a prestação diretamente ou mediante concessão ou permissão, com a obrigatoriedade da licitação prévia no caso da prestação dos serviços públicos impróprios.

Os procedimentos de planejamento e orçamento do SUS têm a direção ascendente, do nível local ao federal, levando em consideração os órgãos deliberativos, promovendo a compatibilização das necessidades de políticas de saúde com os recursos disponíveis para os planos de saúde municipais, estaduais, do Distrito Federal e União (BRASIL, 2015, p. 11).

Tendo em vista que os planos de saúde formatam a base das ações programadas em cada nível do SUS, bem como a previsão orçamentária para o financiamento das atividades desses planejamentos na saúde, não podem ser direcionados recursos para financiar o que não estiver na programação do plano de saúde, salvo situações emergenciais (BRASIL, 2015, p. 11).

A deliberação acerca das diretrizes no estabelecimento de prioridades na área da saúde toca a todos os Conselhos de Saúde dos respectivos entes federativos nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal conforme dispõe a LC n. 141/2012, que, a partir de 2012 promoveu mudança legislativa no sentido de asseverar a concepção de um planejamento ascendente e o papel relevante da participação da sociedade nas deliberações sobre as políticas para a saúde (BRASIL, 2015, p. 11-12).

Assim, a LC n. 141/2012 expande a compreensão de que o Conselho Nacional realiza definições quanto às diretrizes nacionais e os conselhos regionais estaduais e municipais estabelecem as diretrizes locais, levando em conta as peculiaridades epidemiológicas e organizativas de suas localidades em cada uma das jurisdições administrativas, o que veio a complementar o disposto no art. 37 da Lei n. 8.080/1990 e no §3º do art. 15 do Decreto n. 7.508/2011 que, anteriormente, somente previam como conselho deliberativo o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2015, p. 11-12).

No art. 30 da CRFB, em seus incisos. I e II, foi dada ao município a competência legislativa a respeito de assuntos de interesse local, para fazer suplementação à legislação federal e estadual naquilo que couber e, no inc. VII há competência do município, em cooperação técnica e financeira da União e do Estado, para prestação de serviços de atendimento de saúde à população.

A regulamentação infraconstitucional do direito à saúde foi estabelecida pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) de n. 8.080/1990 com a determinação das ações para promoção, manutenção e recuperação da saúde a serem prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com imposição de acesso universal, igualitário e integral em todos os níveis de assistência através da formulação das políticas públicas. No seu art. 6º, inciso I, alínea “d” incumbe expressamente ao SUS a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990).

No art. 1º da LOS fica definido que as leis dispostas nesse diploma normativo abarcam a totalidade das ações e serviços de saúde, submetendo-se à normatividade independentemente de serem prestados pelo Estado ou pela iniciativa privada, o título III dedica-se, nos arts. 22 a 26, à regulamentação dos serviços privados assistenciais de saúde, tendo em vista o reconhecimento da relevância pública assim como a natureza jurídica pública das ações e serviços de saúde. Assim, fica claro que o comando constitucional de que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” não a exclui da incidência das normas estatais (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 24-26).

A LOS reitera que a saúde é um direito fundamental do ser humano no seu art. 2º e, no §1º do mesmo dispositivo reafirma os comandos constitucionais de que a garantia da saúde é dever do Estado por meio de formulação e execução de políticas econômicas e sociais para redução do risco de doenças e outros agravos, além de repisar o asseguramento do acesso universal e igualitário para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A constituição do SUS fica bem clara no art. 4º da LOS como sendo o conjunto de ações e de serviços que são prestados pelos órgãos e as instituições públicas dos três entes federativos, seja da Administração direta ou indireta, bem como pelas fundações mantidas pelo Poder Público, feita a inclusão pelo §1º do mesmo artigo das atividades de “controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive sangue

e hemoderivados, e de equipamentos para saúde” realizadas pelas instituições públicas federais, estaduais e municipais.

Nesse mesmo artigo de abertura do título II da LOS sobre a disposição preliminar do SUS, o §2º informa que: “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”, corroborando o art. 199 da CRFB/88 sobre a participação complementar da iniciativa privada, salientando que as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos têm prioridade na contratação de serviços.

Quanto aos objetivos e atribuições do SUS, nos arts. 5º e 6º da LOS é listado extenso rol prevendo a identificação e divulgação de aspectos que condicionem ou sejam determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde envolvendo os campos econômico e social, a assistência à população mediante ações que promovam, protejam e recuperem de forma integrada a saúde.

Inserem-se as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral englobando a farmacêutica, participação em ações visando o saneamento básico, formação de recursos humanos na área da saúde, vigilância nutricional, contribuir na proteção do meio ambiente, na formulação de política de medicamentos e outros insumos do setor bem como seu controle e fiscalização, incremento em desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Nesse sentido

O estado de direito, o *jus imperii* imanente no poder público e os princípios informadores da ordem econômica e da ordem social – ambas fundadas na preservação do bem comum (artigos 170 e 193 da Constituição) –, e o poder-dever de controle que o Estado exerce sobre os serviços de interesse social e de relevância pública exigem atuação regulatória e fiscalizatória sobre as ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados, no exato limite do bem jurídico protegido, a vida humana e de modo constante e permanente (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 27).

Dessa forma, dada a relevância e natureza pública do bem jurídico protegido, ainda que os serviços e ações de saúde sejam livres à prestação por parte de pessoas físicas ou jurídicas particulares, mediante remuneração direta aos profissionais ou contratação de planos de saúde privados, a essencialidade da prestação da saúde retém ao Poder Público um poder-dever e ingerência maiores do que em relação a outros tipos de serviços privados, não estando somente sob a proteção da legislação consumerista, tanto é que a saúde suplementar possui regulação, fiscalização e controle públicos por intermédio de

agência reguladora criada para esse fim, a Agência Nacional de Saúde (ANS) (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 30-31).⁷

Pontua-se que a iniciativa privada somente pode atuar na prestação de serviços de assistência à saúde, não sendo possível que particulares exerçam atividades que detenham o poder de autoridade do Estado como é o caso da fiscalização e controle exercidos pela vigilância sanitária, além disso há autorização expressa do art. 199, *caput* da CRFB/88, da assistência à saúde para a livre iniciativa, se o serviço fosse de outra natureza não haveria necessidade de autorização, “seria livre por força do art. 170 (livre-iniciativa) tão somente” (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 32).

Os princípios e diretrizes do SUS são apresentados no art. 7º da LOS, no *caput* do artigo há remissão às diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade do art. 198 da CRFB/88 e, dentre a lista de princípios, destacam-se: a universalidade de acesso a todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, envolvendo a articulação das ações e serviços de prevenção e os curativos; a preservação da autonomia das pessoas, em prol de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação sobre a saúde das pessoas assistidas; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa, de direção única em cada esfera de governo.

Dentre esses princípios básicos do SUS dispostos no Capítulo II e detalhados no art. 7º da LOS, pode-se fazer uma subdivisão didática em princípios doutrinários e organizativos. Dos doutrinários tem-se a universalidade, a integralidade, a igualdade, a equidade. Embora a equidade não esteja listada no art. 7º da LOS, está presente e em destaque entre os princípios e diretrizes do SUS almejados (BUSATTO, GARCIA e RODRIGUES, 2019, p. 38).

Dos princípios organizativos principais citam-se a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação popular (BUSATTO, GARCIA e RODRIGUES, 2019, p. 38), previstos nos dispositivos constitucionais que fundamentam

⁷ A ANS é uma autarquia especial com autonomia administrativa que foi criada pela Lei 9.961/2000 para a fiscalização das operadoras de planos de saúde. Sítio oficial: <https://www.gov.br/ans/pt-br>. Os planos e seguros privados de assistência à saúde foram regulamentados pela Lei n. 9.656 em 3 de junho de 1998, antes dessa lei havia o seguro-saúde regulado pela Superintendência do Seguro Privado (SUSEP) e serviços que eram chamados de “medicina pré-paga” prestados pelas cooperativas médicas como a UNIMED.

o direito à saúde na CRFB/88, corroborados no âmbito da regulamentação infraconstitucional do setor.

A universalidade do inciso I, art. 7º da LOS define o caráter abrangente do acesso a todos à prestação de ações e serviços de saúde providos pelo Estado por meio do SUS, de forma igualitária e sem discriminações de qualquer origem, podendo usufruir de atendimentos nos postos de saúde, nos ambulatórios, nos hospitais, receber vacinas, tratamento farmacêutico integral, ser protegido por ações de vigilância em saúde e programas ou acompanhamento de diversas patologias ou agravos de saúde, auxílio para deixar de fumar, ter garantido o controle de bens de consumo como os alimentícios, a comercialização de medicamentos seguros por terem sido avaliados pela Anvisa, receber vacina para gripe ou quimioterapia para um câncer.

O princípio da integralidade previsto no inc. II do art. 198, ora definido como uma diretriz como dispõe o texto constitucional, ora definido como um princípio, como no art. 7º da LOS, pela doutrina é tido como um princípio-diretriz, perfaz o atendimento das necessidades das pessoas por saúde, preventiva ou curativa, nos seus três níveis de complexidade, da atenção básica ao nível terciário especializado, na maior medida possível – art. 196, CRFB (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 61).

Para Mapelli Júnior (2017, p. 61), tendo em vista a diretriz da integralidade do inc. II do art. 198, em combinação com o cânone do direito à saúde como direito de todos e dever do Estado do art. 196, não quer dizer que não existam balizas, restrições jurídicas ou de organização sistemática do SUS para a prestação de solicitações serviços e insumos de saúde, o que, segundo estudos, causa confusão no Poder Judiciário que aplica a diretriz da integralidade como se houvesse o direito a condenar o Estado ao fornecimento de qualquer demanda de saúde, desde substâncias experimentais como a fosfoetanolamida⁸, a medicamentos sem registro na ANVISA, ou que não tenham sido padronizados pelo SUS, ainda que haja similares com melhor custo-benefício e disponíveis nas farmácias de dispensação do SUS.

⁸ Ver os estudos: ÁVILA, Ana Paula; MELO, Karen Cristina Correa de. Separação de poderes e diálogos institucionais nos litígios envolvendo o direito à saúde. **Revista de Investigações Constitucionais**, v.5, p.83-108, 2018; e no MELO, Karen Cristina; ÁVILA, Ana Paula. Introduzindo novas drogas no Brasil: das recomendações da OMS à concretização interna. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, v. 3, p. 1-21, 2017.

Nos termos jurídicos e organizacionais do SUS, no dispositivo infraconstitucional da LOS do art. 6º, “d”, que regulamenta o setor e o dever estatal do princípio-diretriz da integralidade do art. 198, inc. II, para a “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”, é utilizada metodologia técnico-administrativa para que sejam incorporadas novas tecnologias às listagens de insumos de dispensação pelo SUS em que análises de custo-efetividade e padronizações são necessárias para que o fornecimento passe a fazer parte das políticas públicas, assim

A integralidade na assistência em saúde do SUS é regulada ou sistemática, porque está inserida na organização dos programas públicos decorrente do regime jurídico do SUS, possuindo contornos ou limites jurídicos que objetivam garantir a prestação de ações e serviços públicos de saúde a todos indiscriminadamente, já que os recursos orçamentários são finitos e os custos com as tecnologias em saúde crescentes (universalidade e igualdade – art. 196, CF), bem como, a segurança terapêutica no uso dos produtos e tratamentos (art. 197 e art. 200, I, II e VII, CF) (MAPELLI JÚNIOR, 2017, p. 62).

Desse modo, a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, da prevenção a doenças na atenção primária com a cobertura vacinal até os mais elaborados tratamentos e uso de tecnologia na alta complexidade, como o transplante de um órgão, necessitam de planejamento e análises técnico-científicas que levem em conta a efetividade e segurança das políticas públicas no setor, sem descuidar da economicidade tendo em vista a finitude dos recursos e a sustentabilidade do sistema.

Ainda no que tange à integralidade, segundo orientações dos Conselhos de Saúde, instância deliberativa de controle social partícipe dos princípios de organização do SUS, a pessoa é “um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser entendido com essa visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (CEAP, 2017, p. 65-66).

Assim esse princípio tem dois entendimentos que se complementam, uma integralidade vertical em que o indivíduo é um todo em sua completude e integração à comunidade e especificidade, quando se ignoram os variados aspectos biológicos, psíquicos e sociais de uma pessoa nas ações e serviços de saúde, os resultados são fragmentados e, conseqüentemente, podem ser insuficientes para prover saúde (CEAP, 2017, p. 65-66).

A integralidade horizontal afere que a pessoa e as suas circunstâncias específicas devem ser atendidas por um sistema de saúde que leve em conta esses fatores, com promoção, prevenção, recuperação, assistência, reabilitação e alívio por meio de ações em saúde nos níveis de cuidado da baixa, média e alta complexidade (CEAP, 2017, p. 65-66).

Quanto ao princípio da igualdade disposto no inc. IV do art. 7º da LOS, o comando “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” faz com que guarde semelhança com o princípio da universalidade uma vez que impõe garantia igualitária às ações e serviços de saúde pelo SUS independentemente de condições pessoais como cor, credo, profissão, status, classe social (BUSATTO, GARCIA e RODRIGUES, 2019, p. 40).

O princípio da equidade interpela sobre a necessidade de redução das disparidades regionais e sociais na atenção à saúde e, para tanto, deve-se direcionar ações e alocação de recursos na medida das especificidades e maiores vulnerabilidades, de acordo com os levantamentos epidemiológicos dos agravos loco-regionais e a partir da realização do planejamento das políticas de saúde para a tomada de medidas estratégicas para minorar as desigualdades dando a cada um na medida da sua necessidade (BRASIL, 2000).

A descentralização, dentre os princípios organizativos do SUS, envolve o compartilhamento da responsabilidade das ações de atenção à saúde entre as esferas governamentais Federal, estaduais, municipais e Distrito Federal, o que favorece a organização, reduz risco de corrupção e oportuniza contato com as necessidades regionais (BUSATTO, GARCIA e RODRIGUES, 2019, p. 41).

Antes da regulamentação do SUS as ações e serviços de saúde tinham comando centralizado no âmbito federal com a execução pelos estados e municípios, com a descentralização há a corresponsabilização dos entes federativos como estratégia para o desenvolvimento, coordenação, implantação e avaliação das políticas públicas. Para o alinhamento democrático da gestão e o atendimento dos interesses regionais dos maiores aos menores municípios, implementaram-se foros de discussão e deliberação chamados de comissões; a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) formou-se em 1990 e tem

representantes do governo federal, estados e municípios pelo Conass e Conasems ⁹. A CIT delibera e entra em consenso¹⁰ sobre as políticas públicas de saúde nos seus variados aspectos, as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) criadas pela Norma Operacional Básica – NOB 01/1993 tem representantes do estado – SES – Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios – Cosems – Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde, com representantes que podem ser indicados pelos conselhos não precisando ser os secretários (SOLHA, 2014, p. 38-39).

O princípio organizativo da regionalização tem fundamento na CRFB/88 em que o art. 198 aduz que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada” (art. 198), a regionalização como forma de organização e funcionamento do SUS é prevista no ato normativo que regulamenta a LOS, o Decreto n. 7.508/2011, que determina que a atenção à saúde deve ocorrer integradamente entre municípios geograficamente vizinhos e identificados culturalmente atendendo a uma rede de atenção à saúde. Desse modo, uma consulta ou procedimento organizado em rede hierarquizada, é feito na APS e, quando necessário, realiza-se a referência para um nível de complexidade maior, em hospitais ou serviços especializados no município ou na região (CEAP, 2017, p. 68).

A regionalização é diretriz organizativa que mostra que se deve priorizar que as ações e serviços de saúde sejam prestados na maior proximidade possível da população à sua comunidade, contudo, há necessidade de articulação entre os gestores dos municípios vizinhos e com o gestor estadual (CEAP, 2017, p. 68).

O princípio da regionalização preconiza acesso fácil e qualificado ao SUS, não obstante, nem todo município possibilita a oferta das ações e serviços em saúde que são necessárias, nesses casos a previsão de outro princípio organizativo entra em ação, o

⁹ A CIT – Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito da União e vinculada ao MS; com representantes do governo federal, estados e municípios por meio do Conass – Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (âmbito nacional), secretários estaduais, e Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (âmbito nacional), secretários municipais ou representantes indicados. A CIBs – Comissão Intergestores Bipartites, no âmbito do Estado, vinculada à SES; tem representantes do estado (SES) e dos municípios (Cosems – Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde). A CIR – Comissão Intergestores Regional, no âmbito regional, vinculada à SES, observando as diretrizes da CIB. Conforme: BRASIL. **Decreto n. 7.508**. Brasília, 19 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 23 de out. de 2022.

¹⁰ Tanto na CIT como na CIB as deliberações devem sempre ser consensuais, requerendo cooperação na tomada de decisões, sendo proibida a realização de votações.

princípio da hierarquização, as situações que não puderem ser resolvidas regionalmente, por meio de articulações interfederativas dos gestores entre si, de forma hierarquizada, podem fazer a regulação para que o paciente seja atendido noutra local e em mais alto nível de complexidade do cuidado. Por previsão legal, portanto, no sistema único, problemas de saúde mais simples são equacionados na APS mais próxima da população e, casos mais complicados, terão assistência médica na média e alta complexidade, de centros especializados que integrem as redes de saúde (CEAP, 2017, p. 68-69).

Acessando o SUS pela porta de entrada da APS, caso o posto de saúde não possua meios para resolver a moléstia, terá o encargo de fazer o encaminhamento para locais da rede que possam ter a resolutividade requerida, destarte, a regionalização e a hierarquização estão relacionadas à organização, bem como a forma de gerir os serviços do SUS de acordo com os níveis crescentes de complexidade que forem necessários (CEAP, 2017, p. 68).

O detalhamento sobre as políticas públicas e a gestão do SUS estão erigidos sob um cipoal de atos normativos secundários emitidos pelo MS, numa análise de cerca de 17 mil portarias vigentes verificou-se que menos de 5% continham normas ainda válidas, em esforço de organização e sistematização, compilaram-se as portarias válidas e essas foram consolidadas em seis Portarias de Consolidação dos Atos Normativos do Ministério em 28 de setembro de 2017. As seis Portarias de Consolidação visaram dar transparência aos regramentos a fim de auxiliar o entendimento por parte dos gestores, órgãos de controle e cidadãos, bem como melhorar na gestão das políticas públicas.¹¹

Na Portaria de Consolidação MS/GM n.1 /2017 foram consolidadas as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, assim como as de organização e do funcionamento do SUS. No título I, art. 3º, §§ 3º ao 4º fica garantido o direito a todos do acesso às ASPs ordenados e organizados para prover desde a prevenção e promoção da saúde ao tratamento e recuperação, sendo preferencialmente via serviços da AB

¹¹ As Portarias de Consolidação podem ser consultadas no: <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>, sistema de consulta sobre a legislação do SUS no qual no campo “Tipo de Norma” seleciona-se “PRC – Portaria de Consolidação” e “Consultar”, as Portarias de Consolidação estarão disponíveis para consulta no ícone de lupa de uma das PRCs, na tela com o “Espelho da Norma”, onde se terá acesso ao texto completo da portaria no link da bvs disponível, no final de cada dispositivo das PRCs é indicada sua origem e, a Portaria GM/MS da redação originária.

integrados por centros de saúde, postos de saúde, USF, UBS ou similares na proximidade de sua residência; quando em situações de urgência, qualquer serviço deve cuidar da pessoa e fazer os encaminhamentos necessários, assim como em caso de risco de vida ou lesão grave deve ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e modo seguro, para local que tenha condições de resolver o tipo de problema (BRASIL, 2017a).

A Portaria de Consolidação MS/GM n. 2 /2017 (BRASIL, 2017b) consolidou as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, no art. 6º o rol das políticas gerais de organização das políticas públicas: Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente); Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte; Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC; Política Nacional de Regulação do SUS; Política Nacional de Medicamentos – PNM; e Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF.

A consolidação sobre as redes do SUS ocorreu na Portaria de Consolidação MS/GM n. 3 /2017 (BRASIL, 2017c), as Redes Temáticas de Atenção à Saúde estão no art. 3º: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.¹²

Nessa consolidação também estão as importantes diretrizes da RAS – Rede de Atenção à Saúde do SUS – que pode ser definida como um conjunto interligado “de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, a RAS faz a integração de relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde cuja centralidade da comunicação é atribuição da APS, por, fundamentalmente, estar consagrada a cognição de que a APS constitui o “primeiro nível de atenção,

¹² No art. 4º as Redes de Serviço de Saúde que são as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso; Redes Estaduais de Assistência a Queimados; Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST; Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos – REBRACIM; Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde – RETSUS; Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde – REGESUS; Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde – REBRATS; Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh; Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde – Rede VIGIAR-SUS; Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS.

ênfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção”, compreensão que perpassa praticamente todo o arcabouço normativo do SUS.

Na Portaria de Consolidação MS/GM n. 4 /2017 (BRASIL, 2017d) consolidaram-se as normas sobre os sistemas e subsistemas do SUS como, art. 2º, o Sistema Nacional de Transplantes – SNT; o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – SISLAB. No art. 3º o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – SNVS composto pelo Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE e o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. No art. 6º o Sistema Nacional de Auditoria – SNA. No art. 7º o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A Portaria de Consolidação MS/GM n. 5 /2017 (BRASIL, 2017e) consolida normas sobre as ações e os serviços de saúde – ASPS do SUS, compiladas recomendações como aumentar o nível de atividade física da população e promover hábitos alimentares saudáveis (art. 6º, inc. X e XI).

Na última portaria de consolidação, a Portaria de Consolidação MS/GM n. 6 /2017 (BRASIL, 2017f) ficaram consolidadas as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS, os recursos do Fundo Nacional de Saúde para as despesas com ASPS para transferências na modalidade fundo a fundo seguem a forma de dois blocos de financiamento, o Bloco de Manutenção das ASPS e o Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

No próximo tópico relacionam-se os principais atos normativo que estabelecem o financiamento da saúde, a contraposição com leis que priorizam o equilíbrio fiscal e tem repetidamente estabelecido a regressividade para os recursos com a rubrica da saúde e, junto à estagnação do orçamento destinado à saúde, uma tendência a que emendas parlamentares passem a compor os recursos do setor.

1.2 O financiamento do SUS e sua Nêmesis¹³ o equilíbrio fiscal

Colacionados os dispositivos constitucionais e da LOS que definem os princípios, diretrizes e detalhamento do direito à saúde, base normativa do SUS, assim como a rede

¹³ Toma-se emprestada a figura da mitologia grega Nêmesis para representar um rival poderoso que se tem dificuldade para vencer, como se explana no capítulo, para cada medida implementada para estabelecer

de atenção à saúde e suas principais políticas públicas, passa-se a explicar de que forma se dá o financiamento desse sistema.

A expectativa de vida no mundo em 2015 era de 71,4 anos, lembrando que a média global acaba sendo puxada para baixo em decorrência de mortes prematuras por desnutrição e doença nos países mais pobres e populosos, sendo que a mortalidade infantil de bebês até 1 ano de idade nos países em desenvolvimento acaba tendo o impacto mais significativo no cálculo dessa média¹⁴, ainda assim, pode-se constatar em gráficos ao longo dos séculos que a expectativa de vida não para de aumentar e ganha ímpeto numa curva ascendente sem sinais de arrefecimento desde o século XX, o que se dá pelo progresso e engenhosidade humana na resolução de problemas (PINKER, 2018, p. 77-79).

A taxa de mortalidade materna reduziu da metade do século XVIII até 2010 em trezentas vezes, o controle sobre doenças infecciosas nos Estados Unidos e Europa é extraordinário, contudo, nos países em desenvolvimento o impacto sobre o tratamento das doenças infecciosas é ainda mais admirável, o que pode ser creditado em parte ao desenvolvimento econômico como um todo no mundo no último século, mas principalmente pelo desenvolvimento científico, e não somente por causa de tratamentos altamente tecnológicos “como vacinas, antibióticos, medicamentos antirretrovirais e vermífugos”, mas também pela resolução simples de problemas a partir da disseminação de conhecimentos básicos como “ferver, filtrar ou clorar a água; lavar as mãos; dar suplementos de iodo a grávidas; amamentar e acariciar bebês; defecar em latrinas e não em plantações, ruas e rios; proteger a cama das crianças com mosquiteiros (...)” (PINKER, 2018, p. 93).

A diminuição da mortalidade infantil associou-se à redução da natalidade e, à medida que menos crianças morriam, os casais passaram a ter menos filhos, assim, novos tratamentos, métodos diagnósticos e o desenvolvimento técnico-científico em saúde aumentaram a longevidade humana no mundo e, proporcional e progressivamente, vem ocorrendo o envelhecimento da população com cada vez mais idosos em relação à

fontes para o financiamento do SUS contrapõem-se outras de austeridade fiscal, persistindo a escrita do subfinanciamento crônico do SUS.

¹⁴ Dados sobre mortalidade humana podem ser pesquisados no sítio: <https://www.mortality.org/Home/Index>. Acesso em 22 de out. 2022.

população jovem, a transição demográfica tem implicações socioeconômicas no mercado de trabalho, nas relações familiares e, inquestionavelmente, o aumento dos custos nos sistemas previdenciários e de saúde (PINKER, 2018, p. 81)¹⁵.

Nesse sentido, os custos com saúde têm sido crescentes, em 1997 a OMS divulgou que os gastos com serviços de saúde alcançavam cerca de 8% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial ou U\$ 3 trilhões, tendo passado para 9,4% do PIB mundial no ano de 2009; estimativas prospectaram gastos com saúde passando de U\$ 2,7 trilhões (8,5% do PIB) para U\$ 10 trilhões (16% do PIB) de 2002 a 2020 para os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), projeções de gastos superiores a 20% do PIB americano para os Estados Unidos da América em 2020 (BRASIL, 2015, p. 13).

No Brasil, em 2019, segundo dados de estudo divulgado pelo IBGE¹⁶, os custos com saúde representaram 9,6% do PIB com o valor de R\$ 711,4 bilhões, sendo esse o maior percentual da série histórica da Conta-Satélite desde 2010, valores não tão diferentes da média de 8,8% dos países da OCDE, mas menores do que de países como a Alemanha (11,7%), França (11,1%) e Reino Unido (10,2%). Quando se faz o recorte das despesas do governo com a saúde, a despesa governamental brasileira em saúde representou 3,8% do PIB, totalizando R\$ 283,6 bilhões¹⁷.

Em razão desses valores serem vinculados a leis orçamentárias, não houve variação na curva entre 2010 e 2019, não obstante os gastos das famílias tenham crescido em decorrência do envelhecimento populacional e do surgimento de novas tecnologias, dentre outras explicações, os gastos governamentais não acompanharam a curva de crescimento dos gastos na mesma medida que os das famílias.

¹⁵ Estudo sobre envelhecimento populacional brasileiro mostrou que em 1920 no Brasil havia 100 crianças (0 a 14 anos) para cerca de 11 idosos (acima de 60 anos), a projeção, segundo estimativas do IBGE, para o ano 2040 é a inversão entre jovens e idosos com 153 idosos para cada 100 pessoas com menos de 15 anos.. (MIRANDA, MENDES, *et al.*, 2017, p. 510).

¹⁶ Os dados do IBGE demonstram que são das famílias os maiores gastos com saúde no Brasil, e não do governo.

¹⁷ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias>. Na comparação dos gastos com saúde do Estado brasileiro em relação a outros países da OCDE, dos 3,8% do PIB gastos pelo Brasil em 2019, o gasto estatal médio dos 37 países da OCDE foi de 6,5% do PIB; sendo que o gasto estatal da Alemanha com saúde representou 9,9%; da França 9,3%; na comparação com países latino-americanos da OCDE o Chile gastou 5,7% do PIB e a Colômbia 6%. Acesso em 22 de out. de 2022.

O financiamento para o direito à saúde advém da arrecadação e administração de recursos financeiros pelo Estado que, por sua vez, realoca o montante para ações e serviços assistenciais para a saúde, promovendo o atendimento das necessidades da população, conforme indicações epidemiológicas, o que, por sua vez, depende diretamente da capacidade fiscal do país assim como das predileções dos gestores em conformidade com as suas tendências político-ideológicas (KALLMANN, 2022, p. 19).

Numa síntese preliminar, o financiamento do SUS advém do Orçamento da Seguridade Social, que abarca as áreas da Saúde, Previdência e Assistência Social; quanto à saúde os principais recursos têm como fonte a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) que são valores pagos à União pelas empresas (BRASIL, 2015, p. 12).

Tendo em mente o modelo tributário do Brasil que se concentra na arrecadação dos impostos incidentes sobre o consumo, o orçamento à disposição vai alcançar os maiores quantitativos quanto mais volumosas forem as operações de prestação de serviços e a circulação de mercadorias, desse modo, as receitas são extremamente dependentes da pujança da atividade econômica de determinado ano fiscal (CRUZ, BARROS e SOUZA, 2022, p. 2465).

Com relação ao conjunto normativo constitucional que estabelece a garantia do financiamento do Estado à saúde, foram estabelecidas diretrizes na EC n. 29 de 13 de setembro de 2000, principalmente quanto à vinculação orçamentária, com delimitação de gastos mínimos em saúde por ente federativo alterando os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da CRFB de 1988, além do acréscimo de artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT.

Os valores mínimos de gastos com saúde para cada um dos níveis da federação foram regulamentados do ano de 2000 até 2012 consoante o art. 198, §§2º e 3º da CRFB/88 e art. 77 do ADCT da CRFB/88 e, a partir de janeiro de 2012 pela Lei Complementar – LC n. 141/2012, em combinação com as fontes vinculadas de arrecadação de tributos com destinação específica à seguridade social do dispositivo do art. 195 da CRFB/88 (PINTO, 2017, p. 82).

Na EC n. 29/2000, portanto, regulamentada doze anos depois pela LC n. 141/2012 e pelo Decreto n. 7.827/2012, ficaram estabelecidos os percentuais mínimos de aplicação

de recursos às ações e serviços públicos do SUS de acordo com cada esfera federativa de governo, bem como foram definidas quais eram as despesas com ações e serviços públicos de saúde – ASPS a serem consideradas para fins da aplicação dos percentuais mínimos de recursos (BRASIL, 2015, p. 12).

Em extenso rol do art. 3º da LC n. 141/ 2012 (inc. I a XII), foram definidas quais as despesas a considerar com ASPS para fins de apuração da aplicação de valores mínimos pelos entes federativos (art. 198, § 2º da CRFB/88). Destacam-se gastos com atenção universal e integral à saúde em todos os níveis de complexidade; capacitação e remuneração de pessoal ativo no SUS; investimentos em rede física de estabelecimentos do SUS; vigilância em saúde; desenvolvimento institucional científico e tecnológico, controle de qualidade (BRASIL, 2012).

Por outro lado, no art. 4º, o rol que não é considerado despesa em ASPS, para fins de apuração dos percentuais mínimos requeridos constitucionalmente, como assistência à saúde que não tenha atendido ao princípio do acesso universal; pagamento de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde; merenda escolar ainda que em unidades do SUS; ações de assistência social; dentre outros nos incisos I a IX do referido art. 4º da LC n. 141/2012.

A movimentação dos recursos da União para os Estados, DF e Municípios, e dos Estados para os Municípios, nos termos da LC n. 141/2012, observa o rateio vinculado às ASPS de acordo com as necessidades de saúde populacional, conforme critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, espaciais e da capacidade da oferta (arts. 17 e 18). As transferências dos valores são regulares e automáticas de fundo a fundo, sem necessitar convênios ou instrumentos jurídicos, respeitados os requisitos do artigo 4º da Lei n. 8.142/ 1990, em que Estados, DF e Municípios devem possuir Fundo de Saúde, Conselho de Saúde composto paritariamente, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos à saúde do respectivo orçamento, Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

Ainda quanto à LC n. 141/2012, o Poder Executivo deve manter informado o respectivo Conselho de Saúde e o Tribunal de Contas sobre os recursos previstos para transferência (art. 17, §3º e art. 19, §2º), assim como o MS deve alimentar sistema de registro eletrônico centralizado das informações dos orçamentos públicos da saúde da

União, Estados, DF e Municípios, incluindo a execução, com garantia de acesso dessas informações ao público (art. 39).

A destinação desses recursos para outros fins que não os descritos como ASPS, enseja que os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o MS deem ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes para as providências legais e restituição de valores ao Fundo de Saúde beneficiário, e a devida responsabilização nas esferas competentes (art. 27, inc. I e II).

Na CRFB/88 a saúde faz parte de um sistema de proteção que está integrado à seguridade social, assim como a previdência e a assistência social, como disposto no art. 194, destaca-se, dentre os objetivos convergentes do sistema de proteção, a universalidade da cobertura e atendimento (inc. I), a diversificação da base de financiamento (inc. VI) e o caráter democrático e de descentralização da administração, com gestão quadripartite em que há participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

O capítulo II das finanças públicas da CRFB/88 estabelece a iniciativa do Poder Executivo para elaboração orçamentária dos planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamentos anuais no art. 165, nesse sentido, destacam-se os seguintes incisos do art. 15 da Lei n. 8.080/1990 que dizem ser atribuição administrativa comum da União, estados, Distrito Federal e municípios: i) administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; ii) elaboração e atualização periódica do plano de saúde; iii) elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde.

No sentido da garantia do sistema de integração de seguridade social do art. 194 da CRFB/88, o art. 165, §5º, inc. III do texto constitucional impõe o Orçamento da Seguridade Social como um dos três pilares a fazer parte autonomamente do Orçamento Geral da União, essa previsão de orçamento individualizado da seguridade social foi um esforço de ampliação das fontes que financiam o sistema (PINTO, 2017, p. 86), além da previsão da diversificação de base fiscal de financiamento (folha de salário, faturamento, lucro líquido etc.), houve a escolha explícita de que a fonte de receita a ser vinculada à Seguridade viesse da contribuição social e não dos impostos (DELGADO, JACCOUD e NOGUEIRA, 2009, p. 30).

O art. 195 da constituição impõe que toda a sociedade financie a seguridade social, direta ou indiretamente, conforme a lei, com recursos orçamentários da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além das contribuições sociais do: (inc. I) empregador – folha de salários, faturamento, lucro; (inc. II) do trabalhador e demais segurados da previdência social; (inc. III) sobre receita de concursos de prognósticos; (inc. IV) do importador de bens ou serviços do exterior.

O art. 59 do ADCT estabeleceu prazos curtos para a regulamentação sistêmica da seguridade social, o que deflagrou a edição de leis que, contrariamente à ideia integradora e protetiva do sistema, criou uma segmentação setorial com os seguintes diplomas: a Lei n. 8.080/1990, a Lei Orgânica do SUS – LOS; a Lei n. 8.142/1990, que é complementar à LOS e delibera sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde, bem como das destinações de recursos financeiros da saúde; a Lei n. 8.114/1990 sobre a organização e o custeio da seguridade social; a Lei n. 8.212/1991 da organização e Plano de Custeio da seguridade tornou-se a Lei Orgânica da Seguridade Social; a Lei n. 8.213/1991 sobre os planos de benefícios da previdência social, e; a Lei n. 8.742/1993 sobre a organização da assistência social, que ficou conhecido como LOAS (PINTO, 2017, p. 88).

Instituída na LOS a descentralização das transferências dos recursos federais para os governos estaduais e municipais por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), a previsão de que a distribuição dos recursos observe o perfil demográfico e epidemiológico, bem como a capacidade instalada do SUS nos municípios e estados. O custeio do SUS para os municípios e estados vem da arrecadação própria do recolhimento tributário local e das transferências obrigatórias da União e dos estados, da receita não-própria vinda das transferências voluntárias e dos convênios (CRUZ, BARROS e SOUZA, 2022, p. 2460).

A diversificação das fontes de financiamento prevista no art. 195 da CRFB/88, inc. II, não funcionou como o disposto, tendo havido especialização de fontes de financiamento e a previdência absorveu recursos de contribuição de folha de empregados e dos empregadores, os recursos advindos do Finsocial foram para a saúde e as fontes de concursos e prognósticos foi para a assistência (FLEURY, 2003, p. 101).

No §2º do art. 195 da CRFB/88, tendo em vista as metas e prioridades da LDO, mesmo com a previsão de que a elaboração ocorresse de forma integrada para a proposta de orçamento da seguridade social pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, o que ocorreu foi a segmentação setorial na medida em que se previu que cada área faria a gestão desses recursos.

Élida Pinto (2017, p. 99) alerta que a possibilidade da obtenção de fontes próprias de contribuição social como espécies tributárias autônomas para o financiamento da seguridade social, além daqueles do orçamento geral, causou concorrência predatória entre os setores da saúde, assistência social e previdência social, ou seja, o aumento da individualização de fatos geradores e grupos específicos para a instituição de contribuições sociais ao invés da fonte livre consolidou a propensão à especialização do financiamento dos setores da seguridade, contrariando a concepção das leis estruturantes que visavam a integração do sistema de proteção social do art. 194 da CRFB/88.

Assim, a concorrência pela exclusividade de fontes pelas três áreas – saúde, previdência social e assistência social – desvinculando recursos da seguridade social, a especialização de receitas que fez com que as contribuições sociais fossem exclusividade da previdência social, bem como o fato de não ter havido suficiente concretização da diversidade de fontes, acabaram comprometendo a solidariedade que foi originariamente programada nos arts. 194 e 195 da CRFB/88 (PINTO, 2017, p. 99-100).

Contumazes ajustes fiscais foram modificando a organização federativa solidária e a vinculação orçamentária do OSS no decorrer da década de 1990, assim, houve o realocamento de recursos para cobrir as despesas financeiras e a ampliação da margem para renúncias fiscais em prejuízo das despesas primárias, as medidas de rigidez econômica visando o equilíbrio fiscal acarretaram a centralização de receitas pela União, contrariando a ideia inaugural de descentralização da CRFB/88 (CRUZ, BARROS e SOUZA, 2022, p. 2460).

Nesse sentido, a desvinculação das receitas da Seguridade Social pela criação do Fundo Social de Emergência – FSE em 1994 foi sofrendo modificações sucessivas até a implementação da Desvinculação de Receitas da União – DRU que torna possível que se realoque em torno de 20% das receitas próprias da Seguridade para o cumprimento de metas fiscais (DELGADO, JACCOUD e NOGUEIRA, 2009, p. 28).

O FSE¹⁸, em 1994, o Fundo de Estabilização Fiscal – FEF, em 1996 e a DRU, de 2000, de acordo com os arts. 71,72 e 76 da ADCT, foram fundos que tiveram como fonte de recursos parte da arrecadação das contribuições sociais, ainda que essas contribuições fossem espécies tributárias com destinação específica de acordo com o art. 149 da CRFB/88, tal previsão constitucional foi desconsiderada e a desvinculação desses recursos foi realizada pelo governo federal (KALLMANN, 2022, p. 101-102) no montante de 20% dos tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas, cujas fontes principais foram as contribuições sociais que corresponderam a 90% do montante desvinculado.

A DRU, que deveria ser provisória, foi prorrogada algumas vezes, e desde sua instituição não foi aplicada da maneira que havia sido estabelecida, sendo que em 2015 passaram de 20 para 30% os recursos utilizados discricionariamente pela União, que serviam para manter superávit primário e o pagamento de dívida pública, em detrimento do financiamento para as políticas de saúde previstas na CRFB/88. Somente em 2019, com o art. 76, §4º, do ADCT, definido pela EC n. 103/2019, com retroatividade para o ano de 2016, foram excluídas da regra as contribuições destinadas ao financiamento de ações e serviços de saúde (SANTOS, 2018a, p. 120).

A reforma previdenciária feita pela EC n. 20/1998, dentre outras modificações, já havia substituído o critério de tempo de serviço pelo critério de tempo de contribuição, extinguido a aposentadoria por tempo de serviço proporcional e estabelecido limite de idade (RANGEL, PASINATO, *et al.*, 2009, p. 53); foi essa emenda constitucional que tornou as contribuições patronais sobre a folha de salários e a dos trabalhadores, dispostas no art. 195, exclusivas da previdência social com a justificativa do equilíbrio atuarial do Regime Geral de Previdência Social de administração do INSS, demarcando a natureza contributivo-negocial do custeio da previdência social em desfavor dos demais setores da seguridade social (PINTO, 2017, p. 100-101).

Na esteira das progressivas vinculações de receitas às áreas da seguridade social, em desacordo com a concepção do constituinte originário que previu o financiamento solidário, das modificações impactantes da aplicação das fontes de financiamento da

¹⁸ FSE foi criada em 1994 com o intuito de estabilizar a economia após o Plano Real, em 2000 foi trocado o nome para DRU. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>. Acesso em 12 de nov. 2022.

Seguridade Social que deixaram o SUS sem participação na receita advinda da contribuição previdenciária, tendo em vista o caráter compulsório dos benefícios, provocou o MS a procurar alternativas de financiamento para a saúde e, por um período, chegou a ser instituída como fonte própria ao setor a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF¹⁹ com transmissão de valores e créditos e direitos de natureza financeira para a pasta da saúde, prevista no art. 74 do ADCT em decorrência da EC n. 12/1996, com previsão de duração de dois anos, perdurou até 2007 (DELGADO, JACCOUD e NOGUEIRA, 2009, p. 27).

A EC n. 29/2000, descrita previamente, reverteu essa conjuntura centralizadora da União que vinha ocorrendo na década de 1990, a participação da União com os gastos com a saúde chegou a representar 73%, sendo que os estados participavam com 15% e os municípios com 12%, a emenda constitucional regulamentada pela LC n. 141/2012 representou a retomada da descentralização prevista no art. 198, inc. I da CRFB/88, contudo (CRUZ, BARROS e SOUZA, 2022, p. 2460).

Essa EC n. 29/ 2000 não chegou a definir quais seriam as fontes de receita, restringindo-se à delimitação dos percentuais mínimos de participação das despesas com saúde. Outra fragilidade relacionada à emenda foi o fato de que se houvesse o descumprimento dos percentuais mínimos fixados pela EC, isso não acarretaria punições por crime de responsabilidade fiscal (CRUZ, BARROS e SOUZA, 2022, p. 2460).

Além das limitações descritas relacionadas à EC n. 29/ 2000, os valores a serem aplicados pela União à saúde, diferentemente dos estados e municípios que devem aplicar um percentual mínimo do orçamento geral, ficaram vinculados ao Produto Interno Bruto (PIB), o que impediu que ocorresse crescimento significativo do financiamento do SUS, por isso, com a proporcionalidade vinculada aos valores do PIB, houve redução dos gastos do governo federal com o SUS de 1994 a 2005, passando de 1,94% para 1,76%, ou seja, inobstante o novo sistema de repartição e aplicação fiscal, manteve-se o velho problema do subfinanciamento da saúde (CRUZ, BARROS e SOUZA, 2022, p. 2460).

Com relação à regulamentação dos recursos mínimos pela LC n. 141/2012, no art. 5º ficou estabelecido que a União deve aplicar em ASPS, anualmente, o mesmo valor empenhado no exercício financeiro anterior, corrigido com o percentual da variação

¹⁹ A CPMF existiu de 1997 até ser extinta em 2007.

nominal do PIB anterior à LOA, e caso a variação tiver sido negativa, mantém-se os valores anteriores, não podendo haver redução. A previsão para os Estados e DF, no art. 6º, é de que deve ser aplicado em ASPS, anualmente, o mínimo de 12% da arrecadação dos impostos referidos nos arts. 155, 157, alínea “a” do inc. I e o inc. II do caput do art. 159 da CRFB/88, após deduzidas as parcelas transferidas aos Municípios. Para os Municípios e DF o art. 7º define a aplicação anual em ASPS de, no mínimo, 15% da arrecadação de impostos referida no art. 156, do art. 158 e alínea “b” do inc. I do caput e o § 3º do art. 159 da CRFB/88.

A diferença de critérios na fixação dos recursos mínimos a serem aplicados na saúde pela União, comparativamente aos estados e municípios, claramente privilegiou o ente federal na medida em que o cálculo do mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) estava dissociado de possíveis aumentos de receita, os dados arrecadatários dos anos 2000 revelam que a variação nominal do PIB brasileiro foi significativamente menor do que a da receita corrente líquida da União, dessa forma a vinculação ao PIB implicou na regressividade dos investimentos federais nas ASPS (KALLMANN, 2022, p. 179-180).

Outrossim, o fato de o piso da despesa em saúde levar em conta os recursos aplicados no ano anterior, tem-se o denominado “piso-teto” que passa a limitar o investimento na saúde na medida em que investimentos maiores imporiam o aumento do piso para o ano seguinte, dessa forma a União somente obriga-se a não reduzir o investimento anual em saúde, mesmo que a arrecadação tenha sido excepcionalmente positiva não há nenhum *nudge*²⁰ que provoque o ente federal a aumentar efetivamente o financiamento da saúde (KALLMANN, 2022, p. 179-180).

Há maior crescimento da Receita Corrente Líquida da União – RCL em relação às variações nominais do PIB, o que demonstra que o critério dos patamares mínimos vinculados ao PIB para o ente federal tem levado à estagnação financeira e material do SUS, com a regressividade apontada.

²⁰ *Nudge* significa empurrão ou estímulo, trata-se de termo que envolve conceito desenvolvido na economia comportamental em combinação com a psicologia que, a partir do entendimento dos processos de tomadas de decisão, visa incentivar ou persuadir à mudança de comportamento. Ver em: SUSTEIN, Cass R.; THALER, Richard H. **Nudge**: Como tomar melhores decisões sobre saúde, dinheiro e felicidade. Rio de Janeiro: Objetiva, 2019.

Nesse sentido, o ônus recai sobre os estados e municípios, a regressividade de investimentos em saúde permitida à União, conseqüentemente, onerou os municípios que possuem menor potencial arrecadatório e sofrem diretamente as pressões da sociedade e das demandas judiciais para o provimento da assistência da saúde.

Desde a promulgação da EC n. 29/2000 houve redução crescente da proporção federal²¹ para o financiamento da saúde ao mesmo tempo em que houve aumento dos percentuais investidos no setor pelos estados e municípios, por conseguinte, a LC n. 141/2012 manteve o tratamento diferenciado à União (KALLMANN, 2022, p. 106-108).

Dessa forma, perduram os crônicos problemas normativo-orçamentários, a reconcentração tributária das contribuições sociais nos cofres da União concomitantemente à desvinculação das receitas, além da EC n. 29/2000 ter permanecido sem regulamentação de 2005 até 2012, e o regramento insuficiente dado pela LC n. 141/2012, que permitiu que ocorressem restrições ao incremento do financiamento da saúde, além das tabelas de serviços e procedimentos do SUS que não têm a devida e periódica correção monetária, bem como o contingenciamento de empenhos no setor da saúde (PINTO, 2017, p. 187).

Uma qualidade e evolução trazida pela LC n. 141/2012 foi a edição de dispositivo prevendo sanções aos entes que descumpram o piso mínimo de gastos com o SUS, o art. 26 estabelece que o ente que descumprir o gasto mínimo com ASPS terá como penalidade a redução de transferências tributárias até que sejam compensados os valores mínimos que não tenham sido aplicados (KALLMANN, 2022, p. 112-114).

Contudo, uma das críticas feitas é que a penalização por meio da restrição dos repasses ao ente federativo que descumprir a aplicação de percentuais previstos à saúde, acaba recaindo sobre a própria população, que já foi punida pela má gestão dos gastos com a saúde e que deixou de usufruir da aplicação do piso mínimo pelo chefe de governo (KALLMANN, 2022, p. 112-114)²².

²¹ Planilhas sobre os valores e proporção de investimentos em saúde podem ser construídas a partir dos dados do SIOPS pelos entes federais. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. SIOPS na gestão e financiamento da saúde. Governo Federal. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em 13 de nov. 2022.

²² Destaca-se que os §§9º e 11 do art.166 da CRFB/1988 que dispõem sobre os recursos das emendas parlamentares individuais, a impositividade do percentual de 1,2% da RCL, com metade desse valor às ASPS, no §12 do art. 166 da CRFB/88, para as emendas de bancada, a impositividade é definida como sendo de 1% da RCL. O §16 do mesmo artigo 166 estabelece que, quando a transferência obrigatória da

Mais uma crítica sobre a previsão da penalidade da LC n. 141/2012 é que o sujeito ativo que a aplica é o ente federado mais centralizado, que pode condicionar os repasses ao ente descentralizado, em desacordo com o princípio federativo brasileiro sobre o relacionamento interdependente e sem vieses hierárquicos (KALLMANN, 2022, p. 112-114).

Análise feita sobre programas de governo dos candidatos à presidência de 2014 denota a inocuidade com relação à defesa do SUS, o tom de reverência e os superlativos de “a maior rede de saúde pública do mundo”; “uma das grandes políticas de inclusão social da história do mundo” e “algo quase único em termos de cobertura no mundo”, todas as elucubrações são esvaziadas quando se procura quais seriam os meios, estratégias ou quiçá diretrizes para viabilizar a sustentabilidade e garantir a universalidade e integralidade do SUS. Extrai-se que o conceito de SUS dos políticos pleiteando a presidência “é apenas uma rede de serviços assistenciais e oferta de algumas ações de saúde, congelado no tempo” e, aqueles que chegam a mencionar que os recursos públicos não são suficientes ou que há subfinanciamento à saúde, não se aprofundam nas maneiras de solucionar o problema (SCHEFFER e BAHIA, 2016a, p. 5-7).

Outra dificuldade na avaliação dos programas de governo dos candidatos à presidência em 2014 foi estabelecer o posicionamento sobre formatos de gestão do SUS, controvérsia que já havia marcado discussão sobre contratualização de Organizações Sociais na gestão da saúde na prefeitura de São Paulo por ocasião das eleições municipais anos antes, também sobre o tema de modelos de gestão observou-se somente a retórica polarizada de viés estatista versus viés privatista, em que, ou se defende o serviço público ou se defende abertura à terceirização, não há avaliações independentes e técnicas relacionando prós e contras dessas duas formas de gerir a saúde (SCHEFFER e BAHIA, 2016a, p. 10).

Depreende-se que falta aprofundamento no debate sobre as diferentes formas de gestão do SUS, sua sustentabilidade e fontes de financiamento, há verdadeira

União se destinar aos entes federativos Estados, Municípios e Distrito Federal, não haverá dependência da adimplência do ente destinatário para ocorrer o repasse, além de não integrar a base de cálculo da RCL relacionada à aplicação dos limites de despesa pessoal do art. 169 da CRFB/1988. A EC n. 86/2015 dispôs no art. 198, §2º, inciso I, que, no caso da União, a destinação de recursos às ASPS não pode ser inferior a 15% do percentual da RCL no respectivo exercício financeiro, a progressividade que havia no art. 2º da EC n. 86/2015 foi revogada pela EC n. 95/2016 sobre o teto de gastos.

incapacidade de se conseguir pautar essas questões sobre o sistema de saúde de forma objetiva, para além das platitudes ideológicas e palavras de ordem vazias, a falta de levantamento de dados e comparativos de modelos de gestão pública nos programas de governo e nos debates e falas dos políticos, no mínimo, demonstra que não estão sendo medidos, fiscalizados e controlados os serviços e os recursos dispendidos no SUS e, o que não se mede, não se gere e não se controla.

Ao reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, com a competência comum de todos os entes federativos em modelo administrativo-sanitário ousado para um país federativo como o Brasil, sucederam-se reformas administrativas, que serão vistas em capítulo específico, cabe aqui adiantar que, após a criação do SUS, as reformas governamentais não lograram promover integração e capacidade de garantir os direitos sociais com eficácia e qualidade, os resultados foram desiguais e sem integração pelo país, e, ainda hoje fragmentados em aspectos “como a formação de profissionais da saúde, o desenvolvimento de ciência e tecnologia, a proteção ao meio ambiente e atividades relevantes para a saúde – isso sem falar da captura política, que ainda persiste no serviço público, de cargos e verbas aplicadas ao arripio do planejamento sanitário.” (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 2)

Outra fonte de recursos à saúde vem das emendas parlamentares, utilizadas no CN pelos deputados e senadores na elaboração do orçamento anual da União, mediante emendas individuais ou coletivas colaboram com a proposta do Poder Executivo e a destinação dos recursos, podendo haver encaminhamento para as regiões e projetos em que se encontram as suas bases eleitorais, e também priorizar setores como o da saúde (TURINO e SODRÉ, 2018, p. 1203-1204).

No que tange às emendas, cabe assinalar que se trata de instrumento utilizado pelos parlamentares para influenciar no orçamento público, constituindo, inevitavelmente, num dos elementos nas relações de poder que formatam a decisão sobre o orçamento público a cada ano e, politicamente, fazem parte das negociações entre os poderes executivo e legislativo.

Na previsão constitucional de mecanismos de freios e contrapesos entre os poderes na questão orçamentária, destacam-se na CRFB/88 a prerrogativa da iniciativa e do poder de veto do Poder Executivo em contrapartida ao exercício da aprovação e do

controle pelo Poder Legislativo, definindo as políticas públicas a serem realizadas pelas diretrizes orçamentárias aprovadas, que, por sua vez, estão sujeitas ao controle jurisdicional (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 339).

Deveria haver complementaridade nas definições orçamentárias tomadas pelo Poder Executivo e o Poder Legislativo, entretanto, observam-se embates que remetem a discussões doutrinárias sobre a natureza impositiva ou autorizativa do orçamento público, em que há predomínio do Poder Executivo no modelo autorizativo, e do Poder Legislativo quando se considera o modelo impositivo (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 339-340).

No Brasil há combinação de elementos de ambos os modelos orçamentários, autorizativo e impositivo, não podendo deixar de ser apontada a configuração política conhecida como presidencialismo de coalizão²³, na qual o Presidente da República compõe alianças partidárias diversificadas a fim da obtenção de maioria para aprovação de propostas no Congresso Nacional, para viabilização dos projetos de governo. Em que pese alegações de que o presidencialismo de coalizão pudesse viabilizar a governabilidade, num sistema multipartidário e fragmentado como o brasileiro, fomentam-se as barganhas entre os poderes políticos e se perde de vista o interesse público (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 340).

No orçamento autorizativo a programação é aprovada pelo Congresso, entretanto, não há obrigatoriedade para que esses créditos aprovados sejam executados, o Poder Executivo possui a discricionariedade para, sob avaliação da conveniência e oportunidade, decidir o que vai ser ou não executado, dessa forma o Executivo não precisa submeter ao Parlamento a proposta que decidir que não será executada, ainda que tenha sido uma programação aprovada pelo CN, a natureza autorizativa do orçamento dá ao Poder Executivo a faculdade de não executar gastos previamente aprovados (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 341-342).

A vantagem do modelo autorizativo é a manutenção da flexibilidade do programa de trabalho, permitindo sua revisão caso haja necessidade, tendo em vista fatores

²³ O presidencialismo de coalizão consiste na interdependência entre os Poderes Executivo e Legislativo, no qual o presidente não tem governabilidade sem o auxílio do Legislativo, e o Legislativo necessita do presidente para alocação de recursos para suas bases eleitorais, dessa forma o presidente lança mão de cargos nos ministérios, cargos no Executivo, emendas parlamentares, dentre outros institutos e meios, em troca da aprovação de iniciativas do governo, apoios nominais e do bloqueio das ações da oposição. (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 361).

imprevisíveis e condições econômicas e circunstâncias futuras, por outro lado, esse modelo pode possibilitar ações arbitrárias do chefe do executivo na decisão de não executar o orçamento, o que se opõe ao princípio republicano assentado no dever de prestar contas dos atos executados, assim como dos que se deixou de executar, a maior participação do Executivo no modelo autorizativo, em detrimento do Legislativo, implica em opacidade da programação orçamentária que vai deixar de ser executada, essa falta de transparência obstaculiza o controle pelo CN (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 341-342).

No modelo impositivo prevalece o Poder Legislativo, uma vez que é o poder político que decide a programação, os defensores desse modelo entendem que há melhor equilíbrio de forças pois a discricionariedade excessiva do Poder Executivo é reduzida, além disso, a imperatividade do programa orçamentário traz previsibilidade e, conseqüentemente, segurança jurídica e fortalecimento da governança pública, maior transparência e *accountability*. A desvantagem, conforme a doutrina, é a falta de flexibilidade que seria inerente à execução orçamentária, tal maleabilidade é essencial para a governabilidade uma vez que facilita os ajustes fiscais tão requeridos no enfrentamento de momentos de crise (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 343).

A LDO n. 12.919 de 24 de dezembro de (2013) estabeleceu o orçamento impositivo, anteriormente à promulgação dessa lei o Executivo não precisava cumprir integralmente o que tinha sido entabulado com o Legislativo com relação às emendas à LOA, a partir dessa lei que foi espelhada nos âmbitos estaduais e municipais, os gastos previstos nas emendas parlamentares passaram a ter sua implementação obrigatória, conforme previsão no art. 52, com limite de 1,2% da receita corrente líquida do projeto encaminhado pelo Poder Executivo e, metade desse percentual para aplicação em ações e serviços de saúde (§1º).

Estudo que rastreou valores de emendas parlamentares às OS de saúde, que gerenciavam hospitais no estado do Espírito Santo no período de 2009 a 2014, apontou que o partido que destinou maior valor em recursos financeiros em determinado ano eleitoral foi o partido²⁴ que venceu a eleição para o governo do estado naquele período,

²⁴ O PMDB foi o partido vencedor da eleição do governo do Espírito Santo, destinou R\$ 400 mil reais em emendas à OS no ano que antecedeu o pleito. Outro destaque do estudo foi o deputado médico do PPS que foi autor de emendas de R\$ 100 mil reais para cada uma das duas OS que mais receberam dinheiro oriundo

tendo sido demonstrada a correlação direta entre quantitativo de propostas e valores nominais para as OS de saúde e a vitória no pleito eleitoral (TURINO e SODRÉ, 2018, p. 1210).

As emendas parlamentares para OS no Espírito Santo tiveram grandes valores destinados à aquisição de equipamentos hospitalares e materiais permanentes, cerca de R\$ 3,432 milhões de reais ou o equivalente a 71% desses recursos, todavia, não foi possível a identificação de qual material hospitalar foi adquirido por recursos das emendas, o que demonstrou falta de transparência e, conseqüentemente, a dificuldade de rastrear e fiscalizar o uso desse meio de custeio ou investimento na saúde (TURINO e SODRÉ, 2018, p. 1212).

A aquisição de equipamentos de saúde por meio de emendas destinadas às entidades privadas, como as OS, pode implicar certa opacidade das relações entre o setor público e o privado já que a entidade privada receptora do recurso pode utilizá-lo com certa autonomia, independentemente dos princípios da administração pública, e da maior necessidade em dada região e período (TURINO e SODRÉ, 2018, p. 1212).

Nesse contexto, destaca-se a relevância de haver boa articulação entre os Poderes Legislativo e Executivo para que haja adequada decisão sobre o destino dos recursos das emendas impositivas para a saúde, com a aplicação em políticas públicas prioritárias, adequando as propostas às necessidades da população, o custeio por meio das emendas é importante para manutenção e sustentabilidade do SUS.

Em estudo que entrevistou gestores públicos setoriais sobre o orçamento impositivo aplicado à saúde, em posição minoritária a declaração do gestor da Atenção Básica de que não haveria critérios para a alocação desses recursos, não sendo atendidas as necessidades locais, o pragmatismo e a individualidade políticas dariam o tom nas indicações das emendas parlamentares, em detrimento de avaliações técnicas ou estudos epidemiológicos (SAGASTUME, BRITO, *et al.*, 2017, p. 272).

Inobstante críticas de que as emendas privilegiem as bases eleitorais e possam constituir em moeda de troca clientelista, fala-se que são instrumentos que servem para diminuir desigualdades regionais em localidades que não teriam suas demandas em saúde

de emendas – Aebes e ACSC – e que foi eleito prefeito da capital Vitória, nesse mesmo período (TURINO e SODRÉ, 2018, p. 1210-1211).

solucionadas de outra forma que não fossem as emendas parlamentares (SAGASTUME, BRITO, *et al.*, 2017, p. 272).

Em 2013 e 2014 o Movimento popular Saúde+10 mobilizou segmentos da sociedade para efetivamente aumentar os recursos destinados ao SUS, com 2,2 milhões de assinaturas auditadas o Saúde+10 propôs Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLC n. 321/2013) no CN com a reivindicação de que 10% da Receita Corrente *Bruta* da União fosse destinada ao financiamento do SUS, no entanto o CN deixou de lado o PLC 321/2013 e optou por levar adiante a discussão da PEC 358/2013 denominada de “PEC do Orçamento Impositivo”²⁵²⁶.

A PEC 358/2013 representou o esforço do CN para superar a possibilidade de barganhas entre o Poder Executivo e o Poder Legislativo, no intuito de acabar com estratégias políticas, principalmente após o escândalo conhecido como “mensalão” que envolveu a compra de votos dos parlamentares para aprovação de certos projetos de interesse do Poder Executivo (CARRA, 2015, p. 79).

A proposta do orçamento impositivo levada adiante pelos parlamentares teve a pretensão de ser contraposição ao contingenciamento, expediente discricionário utilizado pelo Executivo mesmo quando não se tem confirmação de que a arrecadação vá ser insuficiente e, ainda que as despesas discricionárias representem pequena parcela do orçamento, era frequente que o governo interferisse, contingenciando a execução do plano de trabalho, fazendo com que a matriz orçamentária aprovada pelo CN pudesse, constantemente, ser instrumento de escambo político (GONTIJO, 2010, p. 69).

Conquanto o contingenciamento seja um importante mecanismo discricionário do Poder Executivo para manutenção do equilíbrio fiscal, proporcionando a flexibilidade necessária ao cumprimento das metas fiscais, há distorção da matriz orçamentária aprovada pelo CN, modificando amplamente as prioridades aprovadas e, ao fim, somente algumas autoridades do Executivo têm conhecimento da lei orçamentária que vai ser executada, o que reduz a transparência e desconsidera o processo legislativo. Dessa forma

²⁵ Disponível em: <https://www.conass.org.br/projeto-do-movimento-saude10-e-aprovado-e-ja-tramita-no-congresso/>. Acesso em 13 de nov. de 2022.

²⁶ PEC 358/2013 ou PEC do Orçamento Impositivo. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=602633>. Acesso em 14 de nov. 2022.

o contingenciamento é visto como um instrumento de negociações políticas, tendo em vista que o Executivo limitaria a execução de emendas parlamentares, condicionando os desbloqueios ao apoio do Congresso na aprovação de projetos de seu interesse. Tal entendimento retrata o uso político do orçamento, o que, em princípio, levou à aprovação das Emendas Constitucionais nº 86/2015 e nº 100/2019 (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 359).

Então, as emendas parlamentares passaram a fonte regular de recursos para a saúde, primeiramente por vias legais com a lei de caráter transitório na LDO de 2014 que dispôs sobre orçamento impositivo, depois constitucionalmente, com a PEC do Orçamento Impositivo aprovada como EC n. 86 de 2015, que alterou os arts. 165, 166 e 198 da CRFB/88 tornando obrigatórias a execução da programação orçamentária especificada, e a EC n. 100 de 2019 que também acrescentou normas disciplinando o tema.

No §9º do art. 166 ficou determinado que a metade do percentual de 1,2% da receita corrente líquida prevista no projeto de lei orçamentária, de encaminhamento pelo Poder Executivo, será destinada para as ações e serviços públicos do SUS mediante emendas²⁷ individuais ao projeto de lei orçamentária, assim, cada parlamentar possui 0,6% da receita corrente líquida da lei orçamentária para aplicação no setor da saúde pública (BRASIL, 2015).

Além das emendas individuais dispostas no art. 166 da CRFB/88, a implementação trazida pela EC n. 86/2015, acrescentou novo regramento de financiamento da saúde pela União cujo piso de despesas federal em saúde deve ser calculado anualmente com base na RCL da União modificando o inc. I, §2º, art. 198 para: “no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não

²⁷ Há 4 tipos de emendas feitas ao orçamento: individual, de bancada, de comissão e de relatoria; as emendas individuais têm a autoria de cada senador e deputado federal; as emendas coletivas podem se subdividir em emendas de bancada, em que a autoria é de grupo de parlamentares de determinado estado; e emendas de comissões técnicas da Câmara ou do Senado. As emendas de relator não se confundem com as individuais ou com as coletivas, são aquelas feitas por deputado ou senador escolhido no ano para emitir o parecer final no relatório geral do Orçamento. As emendas feitas ao Orçamento Geral da União – Lei Orçamentária Anual (LOA) – são enviadas pelo Executivo ao CN a cada ano –, são propostas submetidas à análise dos parlamentares, que influenciam na alocação dos recursos públicos, para seus estados e municípios, assim como para instituições. A necessidade de contenção dos gastos e interesses, pode resultar no contingenciamento por parte do Executivo, bloqueando dotações orçamentárias que impedem a execução de emendas aprovadas pelo CN. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/emendas-ao-orcamento>. Acesso em 8 de nov. de 2022.

podendo ser inferior a 15% (quinze por cento)”; dessa forma a EC n. 86 instituiu o piso de despesas federal para o SUS em 15% da RCL, sendo que, constituindo esse piso, 0,6% da RCL por emenda parlamentar individual, impositivamente, ao orçamento anual.²⁸

O §11 do art. 166 da CRFB/88, acrescentado pela EC n. 86/2015, que tornou a execução orçamentária e financeira das emendas parlamentares individuais obrigatória, como já citado, pode sofrer contingenciamento por parte do Poder Executivo desde que sejam apresentadas justificativas técnicas (FRIAS, 2019, p. 151).

Inobstante muitos parlamentares terem considerado a aprovação do orçamento impositivo como um fim à subserviência do Poder Legislativo ao Poder Executivo, e numa contenção ao balcão de negócios que se estabelecia para as decisões de execução orçamentária, os novos dispositivos não parecem ter propiciado grande impacto social, quer seja por limitar a obrigatoriedade de execução a somente 1,2% da RCL, ou por ainda serem possíveis impedimentos e contingenciamentos (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 373).

Critica-se que, até o momento, não foi observado impacto social relevante com relação às emendas parlamentares impositivas, o novo regramento limitou-se à obrigação de aplicação de quantitativos percentuais à programação orçamentária anual, não houve preocupação com a comprovação dos resultados alcançados com a destinação do recurso, ou se o gasto efetivamente promoveu a qualificação de serviços de interesse público (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 373).

Nesse sentido, Eduardo Mendonça analisa que se vê confirmada a falta de disposição do CN no aprimoramento de boas práticas que, genuinamente, instituem políticas públicas planejadas com foco no melhor interesse público, e que se rechace essa “lógica paroquial e personalista que seria apropriada em pequenas prefeituras” (MENDONÇA, 2015).

Sob esse prisma, seria uma espécie de constitucionalização do patrimonialismo uma vez que as emendas impositivas podem induzir ao clientelismo, conseqüentemente desequilibrar o processo eleitoral ao promover a reeleição dos congressistas, bem como influenciar nos processos eleitorais em outros âmbitos, nos Estados e Municípios, na

²⁸ Em resumo a EC n. 86/2015 estabelece valor mínimo a ser aplicado anualmente pelo ente Federal em ASPS, sendo que a metade do percentual das emendas individuais para o SUS passa a ser contabilizada para fins do montante mínimo que a União destina ao setor da saúde.

medida em que os outros entes federativos são os destinatários da alocação dessas verbas federais (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 374).

Ainda nesse aspecto, levando-se em conta a realidade da escassez de recursos frente à infinidade de necessidades, o Poder Legislativo abdica de seu papel de atuar na criação da programação orçamentária, que envolve ampla discussão sobre as políticas públicas e a melhor destinação dos recursos, sob uma ótica racional e visando o interesse público, e acaba por se contentar com propósitos individuais, mirando nas próximas eleições. Assim, as emendas tendem a ser insuficientes na realização das políticas públicas por haver desconexão com um planejamento sistêmico e articulado e a execução orçamentária, e

reduzir a participação do Parlamento na elaboração do orçamento a um sistema de “cotas”, já institucionalizado, é uma distorção que mitiga a importância do Congresso. É deixá-lo de fora da definição de políticas públicas, limitando sua participação à inserção de despesas com pouca representatividade, se considerado todo o orçamento, ainda que envolvam altas somas de dinheiro público. Por consequência, isso deturpa a atuação parlamentar, que volta suas preocupações a demandas locais e específicas de setores e grupos de interesse (SANTOS e GASPARINI, 2020, p. 374-376).

Outrossim, além da falta de comprometimento com o planejamento e visão do todo atrelada ao interesse público, pode-se depreender que a EC n. 86/2015 também possa interferir na igualdade do processo eleitoral uma vez que facilita as reeleições, os parlamentares mais adaptados ao uso do poder econômico e da máquina pública podem se valer de práticas clientelistas ao destinar recursos às suas bases eleitorais, o que, do ponto de vista sistêmico, não é o melhor para todos.

Dessa forma o sistema político retroalimenta a sua capacidade de manutenção no poder, ao invés de aprimorar o desenvolvimento do país por meio de planejamento de políticas públicas democraticamente elaboradas por seus representantes, a permanência por décadas no poder das mesmas pessoas, que decorre dessa dificuldade da renovação dos poderes políticos pela via eleitoral, é um prejuízo à democracia.

A EC n. 100/2019 faz a inclusão do §12 no art. 166 da CRFB/1988, estendendo a obrigatoriedade da execução orçamentária de até 1% da RCL do ano anterior para todas as emendas de iniciativa de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Quanto aos restos a pagar de previsão do §17, também inserido pela EC n. 100/2019,

relativos ao §§11 e 12 das emendas individuais e de bancada poderão ser considerados, respectivamente, até o limite de 0,6% e 0,5% da RCL do exercício anterior para fins de cumprimento da execução financeira.

Sem embargo essa perquirição para ampliar recursos para o SUS, os atos normativos de financiamento à saúde são, reiteradamente, contrapostos e esvaziados por aqueles de controle fiscal, numa contenda por vezes político-ideológica que vem se alternando desde o advento do SUS e, à EC n. 86/2015, sobreveio a EC n. 95/2016 estipulando contraponto constitucional ao alterar os dispositivos do ADCT para instituir o Novo Regime Fiscal²⁹.

No art. 110 da EC n. 95/2016 ficou consignado que o financiamento à saúde permanecerá o mesmo das aplicações mínimas do inc. I do §2º do art. 198 da CRFB/88 do exercício de 2017, nos exercícios posteriores os valores devem ser calculados na forma estabelecida pelo inc. II do §1º do art. 107 da ADCT, corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, o art. 106 da ADCT estabelece que as regras do Novo Regime Fiscal passam a vigorar por vinte exercícios financeiros, espécie de congelamento que foi denominado de “teto de gastos” (BRASIL, 2016).

A EC n. 105 de 12 de dezembro de 2019 acrescentou o art. 166-A à CRFB/88 que autoriza a transferência de recursos federais a estados, Distrito Federal e município por meio de emendas ao projeto da LOA, com a ressalva expressa no §1º

§ 1º Os recursos transferidos na forma do caput deste artigo não integrarão a receita do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios para fins de repartição e para o cálculo dos limites da despesa com pessoal ativo e inativo, nos termos do § 16 do art. 166, e de endividamento do ente federado, **vedada**, em qualquer caso, a aplicação dos recursos a que se refere o caput deste artigo no pagamento de: I – despesas com pessoal e encargos sociais relativas a ativos e inativos, e com pensionistas; e II – encargos referentes ao serviço da dívida (BRASIL, 2019).

A EC n. 105/2019 autoriza transferências de dinheiro por emendas parlamentares diretamente aos entes federados beneficiados, sem a necessidade sequer de celebração de instrumentos contratuais como convênios ou imposição de contrapartida, essas

²⁹ Contra essa EC que instituiu um teto de gastos públicos para saúde e educação, congelando por 20 anos o aumento de investimentos nesses setores, o Partido Democrático Trabalhista (PDT) propôs uma Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 5658. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5132872>. Acesso em 13 de nov. de 2022.

transferências especiais previstas no inc. I do art. 166-A da CRFB/88, foram apelidadas de “emenda pix”.³⁰³¹

Observa-se que essa modalidade de transferências especiais por emenda pode gerar más consequências ao interesse público, por permitir que gestores irresponsáveis alcancem recursos financeiros sem que precisem se enquadrar às exigências de transparência e regularidade fiscal da Lei de Responsabilidade Fiscal, requeridas quando o ente solicita à União uma transferência voluntária. No ano de 2020 as transferências especiais foram no montante de R\$ 621,2 milhões, em 2021 os valores já foram de R\$ 2 bilhões e contemplados 165 municípios responsáveis pelo recebimento de 93% dos valores (COURI, 2021).

As transferências especiais com o intuito de facilitar a execução das emendas parlamentares impositivas, como já citado, não requerem celebração de convênios ou outros instrumentos para sua operacionalização e, concluída a transferência, os valores monetários passam ao ente indicado sem necessidade de detalhamento sobre o objeto da despesa a que for destinado, não há informações sobre o setor a que foi aplicado o recurso, se foi para a saúde, para educação ou iluminação pública, *v.g.*, tampouco especifica qual a finalidade da aplicação, se foi para construir um nosocômio ou para pavimentar via pública (DE PAULA, 2021).

A falta de transparência restringe a fiscalização da aplicação dos recursos por emendas de transferência especial, ainda assim o uso do instrumento foi estendido para as emendas de bancada na LDO de 2021 – Lei n. 14.116/2020, no §1º do art. 76, foi

³⁰ A PEC 48/2019 que deu origem a EC n. 105/2019 teve a autoria da Senadora Federal Gleisi Hoffmann – PT/PR e a relatoria na Câmara do Deputado Federal Aécio Neves do PSDB, a proposta inicial referia-se a repasses da União “a título de doação”, sendo transcrita na CRFB/88 como “transferência especial”. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2197504>. Acesso em 15 de nov. de 2022.

³¹ Os recursos não são repassados de forma totalmente livre, precisam ser destinados a programações finalísticas do Executivo, 70% para investimentos e inversões financeiras, não podendo ser utilizado para pagamento de salário. As transferências especiais integram as emendas individuais impositivas em que a metade deve ser aplicada à saúde, o problema é que a forma de operacionalização das “emendas Pix” não é transparente, embora essas emendas sejam identificáveis no orçamento por haver rubrica específica, sua execução restringe-se a informar se a despesa é corrente ou de capital e para qual ente foi direcionada, não há controle sobre o objeto ou área da aplicação do dinheiro. COURI, Daniel. **Conheça a emenda Pix:** a prima pobre das emendas de relator. Online no NEXO jornal, dia 2 de dez. de 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/colunistas/2021/Conhe%C3%A7a-a-emenda-Pix-a-prim-pobre-das-emendas-de-relator>. Acesso em 15 de nov. de 2022.

aposto veto³² por “contrariedade ao interesse público e inconstitucionalidade” pelo Presidente da República uma vez que o art. 166-A da CRFB/88 está adstrito às emendas impositivas individuais, a inconstitucionalidade, portanto, ocorreria no caso da LDO estender o mecanismo de transferência especial para emendas de bancada, essas emendas têm valores que podem exorbitar os das emendas individuais, e a permissão para que isso ocorra sem um plano de trabalho e celebração que permita a verificação do gasto público pelos órgãos de controle, contraria o interesse público.

Entretanto o veto presidencial foi derrubado pela maioria do Congresso Nacional³³ e o uso de transferências especiais para alocação de recursos por meio de emendas de bancada ficou mantido na LDO para 2021. O Partido Novo protocolou a ADI 6786/DF em 30 de março de 2021 levantando a inconstitucionalidade do referido dispositivo da LDO, o Ministro Relator Dias Toffoli extinguiu o processo em 31 de agosto de 2022 considerando a “prejudicialidade” pelo questionamento ter como objeto dispositivo de diploma normativo de natureza temporária, como a LDO para exercício financeiro de 2021, e a eventual declaração de inconstitucionalidade seria inútil tendo em vista o caráter transitório da espécie normativa.³⁴

No julgamento das ADPFs 850, 851, 854 e 1014, em 13 de dezembro de 2022, o voto da ministra Rosa Weber sobre a modalidade “emendas do relator” considerou tais emendas como atos do Poder Público que violam preceitos fundamentais vinculados ao princípio republicano, princípio da igualdade (art. 5º, inc. I, art. 19, inc. III da CRFB/88), princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência administrativas (art. 5º, inc. XXXIII, art. 23, inc. I, art. 37, caput, §3º, inc. II, e §16 – CRFB/88), contrapondo-se, além disso, aos preceitos estruturantes dos dispositivos constitucionais orçamentários (arts. 163 a 166 – CRFB/88) (BRASIL, 2022a, p. 12).

³² Estudo do Veto nº 59/2020 – Veto Parcial aposto ao Projeto de Lei do Congresso nº 9, de 2020, 215 dispositivos vetados, dentre eles o do §1º do art. 76. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8920705&ts=1630378196385&disposition=inline>. Acesso em 20 de nov. de 2022.

³³ Veto n. 59/2020 – Votação do dispositivo 59.20.014 - §1º do art. 76. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/detalhe/13885/14>. Acesso em 20 de nov. de 2022.

³⁴ LDO é eficaz do período de sua edição da elaboração da lei orçamentária anual até o final do exercício financeiro subsequente, portanto a LDO exerceria efeitos até o final de 2021, a decisão de extinção da ADI foi emitida monocraticamente em 30 agosto de 2022. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **ADI 6786/DF**. Relator: Min. Dias Toffoli. 30 de agosto de 2022. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6146729>. Acesso em 20 de nov. de 2022.

As emendas do relator não têm previsão na CRFB/88 e são conhecidas pejorativamente por “orçamento secreto” pela peculiaridade de viabilizar recursos do orçamento público federal sem a identificação do proponente, sob rubrica orçamentária única designada pelo classificador RP-9.³⁵³⁶

A ministra Rosa Weber descreveu que, historicamente, ainda que as emendas parlamentares ao orçamento se destinem a necessidades prementes da base eleitoral do congressista, acabam sendo deturpadas por interesses privados e eleitoreiros, bem como de esquemas de corrupção. Além disso a alta discricionariedade na disposição desses recursos impõe um ônus maior de observância de transparência e prestação de contas pelo Poder Público, e deveria haver a divulgação completa de valores, autores, destinatários e comprovação do uso e objetivo do dinheiro oportunizando a atuação dos órgãos de controle estatal e da sociedade (BRASIL, 2022a, p. 1-7).

Conforme a ministra o “orçamento secreto” é artimanha pela qual são beneficiados aqueles que constituem a base política dos parlamentares no Poder Executivo e que passam a dispor da

liberação de emendas orçamentárias em troca de apoio legislativo no Congresso Nacional, utilizado o instrumento das emendas do relator para ocultar a identidade dos parlamentares envolvidos e a quantia (cota ou quinhão) que lhes cabe na partilha informal do orçamento. As emendas do relator, além de não possuírem previsão constitucional, operam com base na lógica da ocultação dos efetivos requerentes da despesa, via utilização de rubrica orçamentária única (RP 9), por meio da qual todas as despesas nela previstas são atribuídas, indiscriminadamente, à pessoa do Relator Geral do orçamento, que atua como figura interposta entre parlamentares incógnitos e o orçamento público federal. Também o destino final dos recursos alocados sob a rubrica RP 9 encontra-se recoberto por um manto de névoas (BRASIL, 2022a, p. 1-7).

A ministra Rosa Weber aduziu que o orçamento público federal capturado pelo paroquialismo dos parlamentares constitui ameaça aos objetivos fundamentais do Estado (CRFB/88, art. 3º) e vai de encontro ao interesse público uma vez que os recursos públicos são distribuídos de forma pulverizada e sem o adequado planejamento estratégico, reduzindo a eficiência e a economia de escala (BRASIL, 2022a, p. 1-7).

³⁵ Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=499095>. Acesso em 2 de abr. 2023.

³⁶ RP 9 é o indicador de resultado primário (RP) número 09, classificação de despesa discricionária que decorre de emenda de relator-geral, exceto recomposição e correção de erros e omissões da LOA de 2021.

Ainda de acordo com a ministra, partilhar de forma furtiva recursos públicos mediante emendas do relator viola postulados constitucionais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência (CRFB/88, art. 37), interfere ominosamente com o planejamento orçamentário (CRFB/88, art. 166) e a responsabilidade fiscal – LC n.101/2000 – fulmina o direito fundamental à informação (CRFB/88, art. 5º, inc. XXXIII), sendo “prática institucional inadmissível diante de uma ordem constitucional fundada no primado do ideal republicano, no predomínio dos valores democráticos e no reconhecimento da soberania popular (CF, art. 1º)” (BRASIL, 2022a, p. 1-7).

Nos termos do voto da ministra Rosa Weber o tribunal, por maioria, em julgamento no dia 19 de dezembro de 2022, declarou “incompatíveis com a ordem constitucional brasileira as práticas orçamentárias viabilizadoras do chamado ‘esquema do orçamento secreto’”, declarou a inconstitucionalidade material do art. 4º do Ato Conjunto das Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal n. 1/2021, bem como do inteiro teor da Resolução CN n. 2/2021, e a interpretação conforme às LOAS – Lei n. 14.144/2021 e Lei n. 14.303/2022 – proibindo o uso da classificação de despesas ante o indicador orçamentário RP 9 dos Deputados Federais, Senadores da República, Relatores da Comissão Mista de Orçamento (CMO) e quaisquer “usuários externos” não vinculados aos órgãos da Administração Pública Federal (BRASIL, 2022a, p. 1-7).

Reportagem jornalística investigativa publicada na Revista Piauí denunciou que o chamado orçamento secreto surgido entre 2019 e 2021 foi utilizado para fraudes no SUS, e milhões de reais de emendas de relator controladas pelo Centrão no CN teriam sido direcionadas para prefeituras³⁷, a maioria no estado do Maranhão, que adulteravam números na área da saúde (PIRES, 2022b).

³⁷ A cidade de São Raimundo das Mangabeiras passou de 213,6 mil reais por ano a 4 milhões de reais, São Bernardo aumentou de 720 mil para 4,2 milhões de reais anuais, Miranda do Norte de 1,1 milhão foi a 10 milhões de reais, o município de Bacabal de 105 mil habitantes recebeu mais recursos financeiros do que o Distrito Federal, com população de mais de 3 milhões de habitantes. Valores que superam os recebidos por secretarias de saúde de onze capitais de estado. Sob investigação da Polícia Federal, a suspeita envolve esquema em que parlamentares favoreceriam prefeituras por intermédio de emendas, e parte da verba de cerca de 30% seria devolvida ao parlamentar que beneficiou o município, a propina paga com verba da saúde é chamada de “volta”. A cidade Bom Lugar foi contemplada com o recurso de emenda de relator e apresentou aumento de atendimentos em saúde em 1.300% de um ano para o outro, sendo pequeno município que não possui sequer um hospital, o município de Igarapé Grande informou a média de 34 consultas por habitante, superando o recorde mundial da Coreia do Sul com média anual de 17 consultas por habitantes, Santa Quitéria realizou mais exames de detecção de HIV do que se faz na cidade de São

Fato é que as emendas parlamentares têm sido amplamente usadas para aplicação de recursos na saúde, embora de forma desigual e sem gerenciamento estratégico para custear políticas públicas ou necessidades prementes em saúde, e em algumas circunstâncias certos tipos de emendas são utilizados sem a previsão constitucional expressa.

No âmbito municipal o regramento do orçamento impositivo deu-se com a Emenda à Lei Orgânica de Porto Alegre n. 46 de 14 de agosto de 2019, incluindo o art. 116-A que dispôs sobre a obrigatoriedade da execução orçamentária e financeira das emendas individuais de vereadores para a Lei Orçamentária Anual (LOA) do município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2019a).

A Emenda à LO de Porto Alegre n. 46/2019 regulamentou no art. 116-A que as emendas individuais de vereadores são impositivas para a execução da LOA, no § 1º dispôs que a programação incluída por emendas de vereadores tem o limite de 0,65% da RCL do projeto encaminhado pelo Executivo Municipal e, assim como no regramento das emendas individuais federais da EC n. 86/2015 à CRFB/88, a metade do percentual deve ser destinado às ações de serviços públicos de saúde.

Assim, espelhando o regramento constitucional, no § 2º do art. 116-A da LO de Porto Alegre ficou determinado que a execução e custeio do montante destinado às ASPS previstos no § 1º são contabilizados para os fins do inc. III do § 2º do art. 198 da CRFB/88, também como previsto para as emendas parlamentares federais, ficou expressamente vedada a destinação de recursos de emendas impositivas individuais para pagamento de pessoal ou encargos sociais.

No § 3º do art. 116-A da LO do município a imposição da execução orçamentária e financeira das programações relativas ao § 1º de 0,65% da RCL do exercício anterior, espelhando, mais uma vez a CRFB/88 no § 9º do art. 165. O § 4º da LO regulamenta que as emendas impositivas previstas no § 1º deverão ter frações igualitárias entre os

Paulo, Em Pedreiras foi registrada a média de 19 extrações dentárias por pessoa. A disparidade promovida por meio das emendas de relator denunciada na revista Piauí desrespeita critérios demográficos e epidemiológicos para o repasse de recursos para a saúde, distorcendo a estrutura do SUS e, ignorando recomendações técnicas, parlamentares destinam recursos até 26.000% maiores do que os estipulados pelo setor especializado. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/orcamento-secreto-banca-fraudes-no-sus/>. Acesso em 3 de abr. de 2023.

parlamentares, no § 5º da LO a ressalva de que a programação orçamentária não será de execução obrigatória no caso de impedimento de ordem técnica.

Certo é que a instituição do orçamento impositivo por meio de emendas parlamentares destinadas ao SUS, ainda que sem planejamento estratégico e organização dos gestores públicos, constituiu fonte de financiamento da saúde, podendo, como foi o caso da Portaria n. 2.257/GM/MS de 2017 (BRASIL) inclusive autorizar a utilização de emendas para pagamento de despesas com pessoal, caso em que ato normativo secundário contrariou vedação expressa na constituição.

A seguir explana-se sobre o papel de destaque e função estratégica da atenção primária à saúde, seus regramentos, programas e como se constitui porta de entrada e de condução do usuário do SUS na rede hierarquizada em seus níveis de complexidade, como a longitudinalidade do cuidado é pedra angular das ações e cuidados preventivos, de tratamento ou reabilitação no seguimento do ciclo de vida saúde-doença das pessoas.

1.3 Principal porta de entrada do SUS e a centralidade da Atenção Básica

Tendo detalhado o embasamento normativo do SUS, suas principais políticas públicas e redes de atenção à saúde, níveis de complexidade, apresentadas as fontes de financiamento e o problema da regressividade dos recursos destinados ao SUS, explica-se a centralidade da APS nessa estrutura.

O Conselho Nacional de Saúde considera imprescindível para a resolutividade do SUS que se privilegie estrategicamente a expansão da Atenção Básica à Saúde, levando-se em conta os princípios e diretrizes da universalidade, equidade e integralidade, a partir da APS como porta de entrada para um modelo novo de incorporação e construção de responsabilidade na atenção à saúde por meio da territorialização, assim como pelo acolhimento dos usuários aos serviços do entorno de suas comunidades, propiciando a formação de vínculos, mediante planejamento estratégico, geoprocessamento e a realização do cadastramento dos usuários do SUS, dentre outros instrumentos de aprimoramento (BRASIL, 2002, p. 26-27).

A expressão “Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária” vem sendo empregada pela OMS como uma forma de compreender a estruturação e o ordenamento das políticas públicas de saúde sintetizando conhecimentos, metodologias e estratégias para as ações e cuidados de atenção básica como uma parte dos sistemas

sanitários voltados a garantir o direito à saúde na sua universalidade (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2656).

A reestruturação da atenção à saúde da Inglaterra, a partir do Relatório Dawson em 1920, foi a precursora da ideia de serviços organizados de acordo com níveis de complexidade e custos de tratamento, e da criação de Centros de saúde primários que seriam a porta de entrada e o núcleo do sistema, com responsabilidade de resolver muitos dos problemas de saúde da população, com hierarquização e regionalização de base populacional e tendo como retaguarda a vinculação com centros de saúde secundários e os hospitais de ensino (PORTELA, 2017, p. 256).

Em 1948 foi criado o sistema público de saúde do Reino Unido, o *National Health Services* – NHS, um modelo bem-sucedido de sistema público de saúde e centrado na atenção básica, esse sistema influenciou a formação do SUS. Pesquisa à população sobre a qualidade do serviço público britânico em comparação ao sistema privado, mostrou que os ingleses têm confiança e apoiam os princípios subjacentes ao NHS como a gratuidade universal, embora considerem os serviços privados convenientes e haja menor fila de espera para procedimentos, acham os cuidados médicos e técnicos semelhantes, até porque os mesmos médicos costumam a trabalhar em ambos os setores, além disso há evidências de que no setor privado há encorajamento para realização de exames e tratamentos em excesso (CALNAN, 2000).

No ano de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata no Cazaquistão (antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS), na ocasião reuniram-se ministros da saúde e especialistas de 137 países, defendendo a saúde como um direito dentro de um movimento mais amplo por direitos econômicos e sociais que incluíssem o direito à alimentação, à água potável e saneamento básico (MUKHERJEE, 2013, p. 412).

Na Declaração de Alma-Ata foi compilado que os cuidados primários de saúde são essenciais e baseiam-se em técnicas e práticas bem fundamentadas cientificamente, têm aceitação social e alcançam a universalidade dos indivíduos e suas famílias numa comunidade e ao longo de cada fase da vida das pessoas. Esses cuidados representam o primeiro nível de atenção no sistema nacional de saúde, e devem ser levados o mais próximo possível na localidade em que vivem os indivíduos dentro das suas comunidades.

Na conferência foi definida a meta Saúde para Todos no Ano 2000 que previa a ampliação da saúde em correlação com a APS (BUSATTO, GARCIA e RODRIGUES, 2019, p. 63).

Segundo Paiva e Pires-Alves (2021, p. 318), no cenário brasileiro o caminho para a estruturação da APS foi cheio de contradições e conflitos, no primeiro governo eleito por voto direto, Fernando Collor de Mello (1990-1992) vetou importantes artigos da LOS relacionados à descentralização, controle social e financiamento, corroborando uma redução do papel estatal na prestação de serviços e um SUS direcionado à população mais pobre.

Foi no estado do Ceará que se instituiu, pioneiramente, o trabalho do agente comunitário de saúde – ACS , entre 1979-1986 quando os habitantes das regiões mais pobres do município de Jucás mobilizaram-se para a prestação de cuidados básicos de saúde à população, experiência expandida para outros 14 municípios em 1987, e chamada de Programa de Emergência para o atendimento de famílias em situação de extrema vulnerabilidade agravada por uma das secas mais prolongadas na região do Nordeste brasileiro. O governador do estado³⁸ na época era contra a transferência de recursos sem contrapartida à sociedade, seu então secretário da saúde, Carlile Lavor, sugeriu que um grupo de mulheres sertanejas fosse contratado para exercer função de agentes de saúde, para a seleção, elas deveriam estar em estado de pobreza, ter condições para trabalhar e serem conhecidas na comunidade (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 326).

A iniciativa no Ceará constituiu exitosa mudança para vida de muitas famílias cearenses, principalmente nos índices de saúde materno-infantil, e foi o embrião da institucionalização da função do ACS que se expandiu para todo o país mais tarde. As possibilidades em termos de políticas públicas para melhorar indicadores sociais e de saúde ficaram evidentes, a visibilidade e sucesso dessas mulheres sertanejas fizeram com que o governo cearense instituísse em definitivo o cargo de agente de saúde com o Programa Agentes de Saúde – PAS em janeiro de 1989 (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 327).

A política pública no Ceará era definida a partir do foco nas famílias em situação de vulnerabilidade social, e as atribuições dos ACS deram grande contribuição à APS e na compreensão do que eram “cuidados básicos de saúde”, difundindo e promovendo no

³⁸ O governador era Tasso Jereissati.

estado as mudanças do perfil epidemiológico regional (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 327).

A UNICEF – *United Nations Children's Fund*, ou Fundo das Nações Unidas para a Infância, foi apoiadora do PAS no Ceará no enfrentamento dos problemas crônicos de saúde materno-infantil, desde 1987 auxiliava na confecção e material de instrução e divulgação, aquisição de equipamentos e consultorias, bem como na realização de inquéritos epidemiológicos, em 1990 a entidade divulgou relatório comemorando a sensível redução da mortalidade infantil, da desnutrição e o recorde nacional na cobertura vacinal e difusão de práticas de reidratação oral (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 329-330).

A experiência cearense bem-sucedida do PAS foi apresentada e discutida no MS em março de 1991, em pauta a formulação de projeto de abrangência nacional pelo Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA para promover modificações nos serviços básicos de saúde no Brasil, na ocasião foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS como principal estratégia do Ministério da Saúde para o atendimento da população nas demandas de nível primário, com ênfase no grupo materno-infantil. Entretanto, foi somente em 1994 por meio do Programa Saúde da Família – PSF, que o modelo que havia sido idealizado no PACS difundiu-se para os grandes centros urbanos e regiões metropolitanas (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 330-332).

Dessa forma pode ser constatada a importância do papel do ACS no recém-criado SUS, e como veio a ser inserido gradualmente no delineamento da APS à brasileira a partir de experiências locais como a das mulheres sertanejas cearenses, que conformaram uma matriz nacional de trabalhador do SUS e novo modelo assistencial que provocava a necessidade de reordenar estruturalmente as práticas profissionais existentes até então (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 336).

O MS publicou em janeiro de 1994 o documento “Normas e Diretrizes” em cujo texto a Gerência Nacional do PACS encaminhava aos estados e municípios diretrizes que buscavam uniformizar a implementação do programa, o principal objetivo era a incorporação ao SUS de ACS com profissionalização em auxiliares de enfermagem para o desenvolvimento de cuidados básicos de saúde, identificação de fatores de risco que

determinavam o processo saúde-doença, vetores de promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Até mesmo autores com uma visão mais crítica sobre o trabalho do ACS na comunidade, que apontavam problemas como falta de condições para exercício dessas atribuições e desmotivação profissional, reconheciam os ganhos das atividades desenvolvidas por esse agente para o fortalecimento da APS e do SUS (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 336-338).

A partir de 1994 começaram em alguns municípios do Brasil as primeiras equipes do Programa Saúde da Família – PSF, com o tempo e o acúmulo de resultados positivos de indicadores da saúde nas áreas de abrangência dos PSF, essa passou a ser considerada a principal estratégia para a ampliação e fortalecimento da atenção primária nos serviços municipais, sendo adotada por todo o país (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3596). Cerca de cinco anos após sua criação, em dezembro de 1999, o programa atingia 1.870 municípios nas 27 unidades da federação (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 340).

Dos problemas crônicos, e que interferiam na estruturação do PSF como um programa nacional, estava a dificuldade da manutenção de médicos nas equipes, em estudo do MS identificando a implementação do PSF em 24 estados, somente 9 deles possuíam pelo menos um médico na composição da equipe, além da baixa adesão de médicos ao programa, citam-se nesse estudo a falta de apoio das autoridades sanitárias estaduais, e dificuldades variadas como carência de equipamentos, falta de estrutura física e de insumos nas unidades de saúde, salários baixos e descontínuos. À escassez da fixação de profissionais de saúde de nível superior no interior e regiões mais pobres do país, havia a falta de qualificação e capacitação às necessidades do atendimento da área de medicina geral e comunitária (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 341-343).

Para cumprimento de legislação e apoio ao processo de descentralização e normatização de repasses financeiros para Atenção Básica foi elaborada a Norma Operacional Básica – NOB 01/96 do SUS, que redefine: mecanismos e fluxos de financiamento, ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo; práticas de acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais que eram centrados no faturamento de serviços produzidos, passando-se a valorizar

resultados e desempenho com qualidade; estímulo de vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando núcleos familiares, favorecendo a efetiva participação e controle social (BRASIL, 1996).

A NOB 01/96 (SOLHA, 2014, p. 55-56) estabeleceu o Piso Assistencial Básico – PAB de montante de recursos financeiros destinados ao custeio da AB, definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município, conforme dados fornecidos pelo IBGE. E critérios de majoração de valores de acordo com o cumprimento de requisitos de aprimoramento do PSF:

acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município; acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município (BRASIL, 1996).

Em consonância com a NOB 1/96, em 1998 o MS, por meio da Portaria n. 3.925 (BRASIL, 1998) de 13 de novembro, aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS e recursos do Piso da Atenção Básica – PAB a serem repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, esses recursos financeiros de fundo a fundo³⁹ foram expressa e exclusivamente destinados à execução de ações e serviços de AB.

O PSF passou a ser a política pública do MS para reestruturação do sistema de saúde e, além da nova organização dos serviços, conforme descrito, foram sendo implementadas alterações na alocação de recursos e na remuneração das ações de saúde, também houve o começo da substituição de perfil de profissionais nos ambulatórios da APS tradicional, esses, tradicionalmente eram atendidos por especialistas médicos das áreas básicas da pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral, principalmente aqueles

³⁹ O PAB é valor per capita repassado pelo ente federal aos municípios, que, nos termos da portaria 3.925/1998, somado às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a APS.

especialistas menos generalistas, e passou-se a dar mais ênfase aos profissionais da medicina geral comunitária (PORTELA, 2017, p. 263-264).

O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria n. 399/ 2006, é um conjunto de reformas que dá ênfase à gestão por resultados e promove melhor alinhamento entre os gestores dos três níveis federativos, visando a consolidação do SUS e a aprovação de diretrizes operacionais subdivididas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do Sus e Pacto de Gestão do SUS, foi aprovado e subscrito pelos gestores do SUS, Ministro da Saúde, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2006).

No Pacto pela Vida constituem-se compromissos sanitários mediante implementação de processos e obtenção de resultados, tendo compromissos orçamentários bem delimitados e conforme as prioridades dos entes federativos. Essas prioridades são a implantação de Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; a redução da mortalidade do Câncer de Colo de Útero e Mama; a redução da Mortalidade Infantil (por diarreia e por pneumonias) e a Mortalidade Materna; o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS às Doenças Emergentes e Endemias – com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; a Promoção da Saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, internalizando a autorresponsabilidade individual à prática regular de exercícios, alimentação saudável e combate ao tabagismo; e Atenção Básica de Saúde com a consolidação e qualificação da ESF como modelo de AB à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).⁴⁰

O Pacto em Defesa do SUS articula ações concretas das três instâncias da federação com objetivo de reforçar o SUS como uma política de Estado, superando as políticas governamentais circunstanciais, na defesa veemente dos princípios basilares da política pública do SUS inscritos na CRFB/88, o fortalecimento da mobilização social e do seu conhecimento dos direitos dos usuários do SUS.

⁴⁰ O trabalho em Redes de Atenção à Saúde – RAS é uma forma de organizar e integrar as redes de serviços com vistas à integralidade do cuidado conforme as necessidades, são articulações dos três níveis de atenção e tendo a Atenção Básica como elo condutor entre todos.

O Pacto de Gestão do SUS define as responsabilidades dos entes federativos, suas competências, avança na regionalização e descentralização do SUS, singularidades regionais, explicitamente o pacto “radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização acompanhado da desburocratização dos processos normativos”, reforça a importância do controle social, esclarece diretrizes do financiamento público tripartite, mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores, faz a integração em grandes blocos do financiamento federal⁴¹ e o estabelecimento de relações contratuais entre os entes da federação. Os eixos de ação da gestão, portanto, são: Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada – PPI, Regulação, Participação e Controle Social, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

Foi definido que o bloco de financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, os recursos da União compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido nos dois componentes: Piso da Atenção Básica – PAB e Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável, os valores estão especificados em Portaria com memória de cálculo (BRASIL, 2006).

O PAB consiste no montante dos recursos agregados às estratégias para o custeio de ações da AB, com transferência mensal regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal. O PAB Variável é o montante financeiro para custear estratégias específicas da AB, compondo o financiamento das seguintes estratégias: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal e para Compensação de especificidades regionais; como Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário.

O PAB Variável está condicionado à aderência e implementação das estratégias específicas, para as quais se destinam esses recursos, há o dever de que essas estratégias estejam inseridas no Plano Municipal de Saúde. Quanto à compensação de Especificidades Regionais é valor igual a 5% do mínimo do PAB fixo multiplicado pela

⁴¹ Os blocos de financiamento para o custeio são: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS.

população do Estado, são as CIBs que definem a destinação desses montantes conforme especificidades estaduais de sazonalidade, migratórias, ou mesmo relacionadas à dificuldade de fixação de profissionais, IDH e indicadores de resultados, todos critérios a serem informados ao plenário da CIT.

Para a expansão e consolidação do PSF em estratégia com abrangência nacional, os citados Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a necessidade de se desfragmentar o financiamento da Atenção Básica e fazer a gestão pública mediante resultados que possam ser mensurados, de forma convergente e em sincronicidade. Nova pactuação em Reunião da Comissão Intergestores Tripartite foi feita em 23 de março de 2006 dando origem à Portaria ministerial n. 648/ 2006 aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, revisando diretrizes e normas organizacionais da AB para o PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Por não se tratar mais de um simples programa o PSF passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2006).

Em continuidade à priorização da AB, a Portaria n. 2.488/ 2011 promoveu revisão de diretrizes e normas de organização da AB, reiterando o objetivo de que essa política pública organize as unidades básicas de saúde no “mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas” sendo o contato preferencial dos usuários do SUS, assim como a sua principal porta de entrada e interface de comunicação e de condução do usuário na Rede de Atenção à Saúde; bem como o enfoque prioritário na qualificação da ESF e do PACS (SOLHA, 2014, p. 72).

No inc. III do Anexo I da Portaria n. 2.488/ 2011 da PNAB, dentre os fundamentos e diretrizes da AB, salienta-se a repetição da menção de termos que remetem a conceitos importantes e caros à ESF e AB como longitudinalidade do cuidado, continuidade e vinculação com as equipes de saúde

adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A

longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011).

Revisão de diretrizes, regulamentação de implantação e operacionalização são aprovadas na nova PNAB, conforme Portaria n. 2.436/ 2017, seu art. 1º, parágrafo único dispõe que as expressões Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde são equivalentes, “nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas nesse documento” (BRASIL, 2017g). A AB passa a ser definida como

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017g).

Os princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como as diretrizes da regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade, que estão compreendidos no SUS e na RAS, devem ser operacionalizados na AB, conforme o art. 3º da Portaria n. 2.436/2017.

A principal e importante particularidade da nova versão da PNAB na portaria de 2017 é que houve o reconhecimento da possibilidade de coexistência de diferentes estratégias para composição das ações e serviços do SUS na APS, justificadamente, essa mudança visou respeitar a locorregionalidade para poder abranger a AB naqueles municípios com dificuldades de conformação das equipes mínimas de saúde da família, contudo, conforme o parágrafo único do art. 4º, a ESF continuava sendo prioritária, as conformações diferentes devem ser transitórias, devendo ser estimulada sua conversão em ESF (SOUZA, 2019, p. 325).

A longitudinalidade na APS significa a existência de uma relação de vínculo de longa duração entre profissionais da saúde e os usuários nas unidades de saúde, o que traz

benefício na redução de custos da assistência na medida em que diminui a utilização de serviços e hospitalizações, os cuidados tornam-se mais adequados e preventivos, as pessoas conseguem identificar sua porta de entrada no SUS à unidade de saúde específica e próxima ao domicílio e, por sua vez, a ESF da unidade de saúde sabe circunscrever qual a população que deve prestar assistência à saúde (PORTELA, 2017, p. 266).

As diretrizes da PNAB, a partir de 2017, asseveram a essencialidade da integração da AB com a Vigilância em Saúde para alcançar resultados que vão ao encontro das necessidades de saúde da população, sob a perspectiva de uma atenção à saúde integral, com estabelecimento de processos de trabalho que levem em conta determinantes, riscos e agravos para a saúde. Um território ou espaço geográfico com suas condicionantes e características de determinada comunidade é o melhor lócus para se estar atento aos processos de saúde-doença, imprimir modos de agir, congregando a atuação da Vigilância em Saúde (SOUZA, 2019, p. 325).⁴²

Registra-se também, no capítulo “das responsabilidades” na portaria de 2017 sobre as novas diretrizes da PNAB, de que é responsabilidade comum de todas as esferas governamentais o desenvolvimento de formas para qualificar a força de trabalho à gestão e atenção à saúde, propiciando aprimoramento da formação, a educação permanente e continuada dos profissionais, bem como a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários. Outrossim, prevê responsabilização dos entes federativos quanto à qualificação dos vínculos de trabalho, implantação de carreiras voltadas ao desenvolvimento do trabalhador e à qualificação de ações e serviços de saúde para as pessoas no SUS, nesse sentido preconiza o planejamento de estratégias para que os profissionais se fixem à Atenção Básica de maneira a promover o cuidado e o vínculo (art. 7º, inc. VII e VIII) (BRASIL, 2017g).

Passa-se a ter o cadastro de informações de saúde mais precisas sobre a população de determinada localidade geográfica, dados que podem ser medidos e geram relevante fonte demográfica para direcionamento de ações e políticas de saúde, correlacionando atividades educativas de prevenção e cuidados específicos às características da comunidade local e, dessa forma, amplificando os resultados, qualificando o SUS como

⁴² Resolução 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVS. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2023.

um todo em suas especificidades, melhorando os indicadores de assistência à saúde e reduzindo desperdícios.

Nesse contexto, é responsabilidade dos entes governamentais a implantação e disponibilização de Sistemas de Informação da Atenção Básica, providenciando o uso qualificado da tecnologia. A coleta de dados propiciada pelos sistemas de informação por profissionais bem treinados possui estreita relação com outra obrigação das esferas de governo que é a criação de instrumentos de “autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação” e, assim, “divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações” (art. 7º, inc. XII e XIII) (BRASIL, 2017g).

Ao MS compete a responsabilidade de gerir as ações da AB no âmbito da União, sendo que a União deve se articular com o Ministério da Educação para promover modificações curriculares nos cursos de graduação e de pós-graduação das áreas da saúde com o objetivo de formação profissional, assim como de gestores, com perfil adequado à APS, e promover a formulação de parcerias institucionais com secretarias de saúde municipais, estaduais e do DF para a educação e capacitação continuadas (art. 8º, inc. VII e VIII) (BRASIL, 2017g).

A coordenação do cuidado, como um dos papéis a serem assumidos pela APS, constitui não somente no armazenamento e disponibilização, de forma integrada e coordenada com os demais níveis de atenção do SUS, das informações sobre os serviços prestados aos usuários atendidos na unidade de saúde pelos diferentes membros da ESF, mas também no reconhecimento dos problemas dos pacientes pelos membros da equipe envolvidos no acompanhamento de saúde, o que aumenta a probabilidade de melhora desses problemas (PORTELA, 2017, p. 267).

Em consonância com a diretriz da coordenação do cuidado está a organização das pessoas a fluxos definidos na RAS, que significa a inserção do usuário às linhas de cuidado e, na medida em que a AB vai constituindo processos de trabalho identificados com a sua circunscrição populacional, favorece a diminuição da demanda espontânea desorganizada, aquela em que o indivíduo busca atendimento para uma circunstância

pontual desconfigurando o cuidado longitudinal, organizar a demanda garante a longitudinalidade da assistência à saúde (SOUZA, 2019, p. 334).

A citada coordenação do cuidado pela APS, bem como a integração a outros níveis de complexidade em sistemas regulatórios de referência e contrarreferência à média ou à alta complexidade, por conseguinte, compelem à implementação da informatização e programas de interface com as RAS, a qualificação para o preenchimento do histórico preciso dos pacientes em prontuários médicos eletrônicos, o uso da telemedicina e atenção compartilhada de médicos de APS com outros especialistas. Nessa premissa insere-se a vantajosidade da continuidade dos profissionais das ESFs; que é inerente à coordenação do cuidado (PORTELA, 2017, p. 268).

Em reestruturação do sistema anterior – o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB foi instituído em 10 de julho de 2013 pela Portaria n. 1.412, tendo em vista a necessidade de modernização do sistema de gerenciamento das informações para um sistema unificado que integrasse todos os sistemas de informação para a AB e que garantisse o registro individualizado pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS), a operacionalização do SISAB foi prevista para ser feita pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) chamada de e-SUS Atenção Básica – e-SUS AB, composta por dois sistemas de *software* para coletar dados para alimentação do SISAB, a Coleta de Dados Simplificado – CDS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC (BRASIL, 2013).

Pode-se inferir que os profissionais da APS também podem ter um papel moderador em frear certa tendência às tomadas de decisões de saúde de forma irrefletida, além de se evitar solicitações de exames e procedimentos de forma duplicada e desnecessária, há maior ponderação quanto à indicação de intervenções e procedimentos invasivos (PORTELA, 2017, p. 268).

Algumas regulamentações pertinentes à organização do SUS e articulação interfederativa foram dispostas no Decreto n. 7.508/ 2011, esse ato normativo traz conceitos importantes à APS, as definições de Região de Saúde como espaço geográfico contínuo com identidades culturais, econômicas e sociais; o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde que é acordo entre os entes federativos para implementação integrada do SUS; as Portas de Entrada do SUS que são os serviços de atendimento inicial

à saúde do usuário no SUS; as Comissões Intergestores que são instâncias de pactuação consensual dos entes federativos; o Mapa da Saúde que descreve a distribuição geográfica de recursos humanos e a oferta pelo SUS e pela iniciativa privada; a Rede de Atenção à Saúde – RAS; os Serviços Especiais de Acesso Aberto; e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, documento com critérios diagnósticos e tratamentos preconizados, para os gestores do SUS (BRASIL, 2011).

As Regiões de Saúde, nos termos do art. 4º do Decreto n. 7.508/ 2011, são instituídas na CIT, podendo ser interestaduais com municípios e estados limítrofes entre si, por ato conjunto desses Estados em articulação com os Municípios, a região como um todo deve conter minimamente ações e serviços de APS, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância sanitária. Essas Regiões de Saúde contendo as RAS são as referências para transferências dos recursos federativos (art. 6º). Os entes federativos definem os limites geográficos, a população de usuários, o rol ofertado de ações e serviços e a sua conformação (art. 7º, parágrafo único e incisos I a IV).

Por esse decreto as diretrizes de hierarquização, universalidade de acesso, integralidade do cuidado e regionalização estão todas contempladas expressamente no art. 8º, que dispõe que o “acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”. Nessa seção estabelecem-se como Portas de Entrada ao SUS e suas RAS: a APS, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (art. 9º e seus incisos de I a IV). Ficando em aberto a possibilidade de pactuação em CIT de novas portas de entrada ao SUS (parágrafo único).

Observa-se no decreto a importância das Portas de Entrada, bem como a centralidade da APS, para a mobilidade dos usuários do SUS às RAS, em que o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, quer seja aos serviços de atenção hospitalar ou ambulatoriais especializados, e mesmo àqueles serviços de alta complexidade e densidade tecnológica, terão o encaminhamento pelas Portas de Entrada (art. 9º) e ordenados pela APS de acordo com avaliações de gravidade de risco, cronologia e especificidades da legislação vigente (arts. 10 e 11).

O Mapa da Saúde (definido no art. 2º, inc. V) deve ser utilizado no processo de planejamento ascendente e integrado da saúde pelos entes federativos, com participação dos Conselhos de Saúde, compatibilizando as políticas públicas com os recursos financeiros (arts. 15, 16 e 17) e, na expressão literal do art. 20, a “integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.” Assim, fica claro que não são as pessoas que vão por sua conta e risco à cidade vizinha buscar atendimento de saúde no SUS, é o SUS de seu município que as encaminha, a partir de pactuações de referência e contrarreferência (SOUZA, 2019, p. 211).

Assim, a ESF obteve destaque e foi priorizada no planejamento dos municípios para a solidificação e ampliação da atenção primária no Brasil, em 2013 eram 34.216 equipes de ESF com agente comunitário de saúde, técnico ou auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico, 66% dessas ESF também contava com equipes de saúde bucal, dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de saúde bucal, a cobertura potencial alcançava 55,8 % da população em 5.319 municípios brasileiros, cerca de 95% do total de municípios do país. Os municípios são legalmente responsáveis pela decisão de aderir ao modelo e pela gestão quase total, os governos federal e estadual normatizam, monitoram as avaliações e dão incentivos financeiros para adesão à estratégia” (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3596).

No sítio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS do MS, o que vai ser melhor exposto e visualmente destacado no capítulo referente à pesquisa empírica, na busca feita nos painéis de indicadores da APS consta que em dezembro de 2020 são 43.286 equipes de ESF, 8.639 equipes de AB tradicional e 2.180 equipes em função da adesão ao PMAQ (ESF parametrizadas), com estimativa de que a população coberta por equipes na AB fosse de 159.900.453 pessoas, desse total, 133.710.730 pessoas vinculadas às ESF, ou, respectivamente, cobertura AB de 76,08% e ESF 63,62%, dentre 115 macrorregiões de saúde, 450 regiões de saúde e 5.570 municípios.⁴³⁴⁴

⁴³ Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em 8 de maio de 2023.

⁴⁴ No sítio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS vinculado ao Ministério da Saúde pode-se cadastrar para receber informativos das seguintes políticas públicas da AB: Academia da Saúde, Alimentação e Nutrição, Amamenta e Alimenta Brasil, Bolsa Família, Brasil Sorridente, CONGREPICS,

Mesmo com a progressiva ênfase das políticas públicas para substituir a rede de saúde tradicional pela ESF, e os fortes incentivos federais⁴⁵ nos últimos anos para ampliação da ESF e a centralidade da APS como porta de entrada e condutora do usuário no SUS, há certa dificuldade nessa implementação, conforme relata Portela (2017, p. 257), observa-se renitência na substituição das redes de saúde tradicionais pela nova política pública da ESF em algumas das grandes cidades, em que há falhas de hierarquização por níveis de complexidade dos serviços de saúde, numa morosa superação das estruturas tradicionais na dinâmica urbana, em que os usuários dos grandes centros habituaram-se a consultar diretamente nos ambulatórios da média e alta complexidade.

Análise da utilização dos serviços de saúde no Rio de Janeiro em 2012 observou que 30% da produção ambulatorial ocorreu nos ambulatórios dos hospitais, mantendo quantitativo maior em serviços de média e alta complexidade em comparação aos demais serviços, mesmo após reformas do município que priorizaram a APS. Esses dados demonstram certo comportamento atávico da população de algumas regiões metropolitanas. Municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo tiveram padrão semelhante, os usuários dessas localidades estavam habituados à oferta de atendimento centralizado em ambulatórios dentro de estruturas mais complexas, nos grandes hospitais e centros de saúde tradicionais (PORTELA, 2017, p. 257-258).

Campos e Pereira-Júnior (2016, p. 2657) entendem que se pode dizer que a implementação da APS no SUS foi por “método indutivo” uma vez que o governo federal divulgava a estratégia e oferecia estímulo financeiro aos municípios que quisessem aderir, mas não havia planejamento sistêmico, tampouco se elencavam prioridades ou se fazia distribuição equitativa de recursos para populações e regiões mais vulneráveis, a União

Ciclos da Vida, Consultório na Rua, Crescer Saudável, Estratégia Saúde da Família, Mais Médicos, NASF, NutriSUS, PMAQ, PROTEJA, Populações Ribeirinhas, Programa Saúde na Escola, Práticas Integrativas e Complementares, Requalifica UBS, Saúde Bucal, Saúde Mental, Álcool e Outros Drogas, Saúde Prisional, Saúde com Agente, Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa Idosa, Saúde do Homem, Saúde dos Adolescentes e Jovens, Saúde na Hora, Serviço 136 , Telessaúde, UBS Fluvial, e-SUS Atenção Básica. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>.

⁴⁵ Os incentivos sistemáticos para financiar a ampliação da ESF nos sistemas locais de saúde em 2013 corresponderam a 65,12% dos recursos transferidos para estados e municípios por meio do bloco de AB. Vide: IPEA. Boletim de políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília, 16 de jul 2015, p.117-189. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em 8 de maio de 2023.

ocupava a posição de oferta de incentivo ao cofinanciamento e aguardava a iniciativa operacional dos municípios optarem por aumentar número de equipes de saúde da família.

O novo modelo da APS com acesso amplo e nos moldes concebidos da ESF exigia mudanças institucionais e culturais reformadoras, o que vai de encontro às resistências de grupos que se consideram prejudicados (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2656), inovando na formação em saúde e educação médica, tradicionalmente voltadas à hiperespecialização, redefine os papéis dos hospitais e centros de especialidades, muda a lógica hospitalocêntrica e prioriza a atenção básica como porta de entrada.

Para Campos e Pereira Júnior (2016, p. 2659) a falta de planejamento e as indefinições sobre provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos por parte do governo federal contribuía para a baixa aderência dos prefeitos à ampliação da APS, o que mudou em 2013 com o Programa Mais Médicos – PMM, quando aumentou a interferência do MS na atenção básica, o que até então era deixado exclusivamente aos municípios, a partir de então houve planejamento nacional e o MS interviu diretamente no recrutamento, distribuição, remuneração e formação de médicos. Rapidamente se realizou processo seletivo nacional e o MS inclui na APS mais de 18 mil médicos no período de 2 anos, a maior parte desses médicos eram cubanos e recrutados pela cooperação internacional tripartite entre a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, e os governos cubano e brasileiro.

O governo federal redefiniu de forma mais impositiva a relação do SUS com a categoria médica, promoveu mudanças sobre a formação médica para que fosse mais voltada à ESF e houvesse a interiorização dos cursos de medicina a fim de promover melhora na distribuição equitativa nas regiões do Brasil no que tange à proporção de médicos e vagas por habitantes, o que, contudo ocorreu com a expansão de escolas de medicina privada e custos pouco acessíveis, o que os autores Campos e Pereira Júnior (2016, p. 2660) sugerem ter o objetivo não explícito de controle de mercado de trabalho médico por aumentar a oferta de profissionais dessa categoria.

O PMM apresentou resultados positivos na expansão e qualificação da APS, no entanto, o seu caráter provisório e a necessidade de renovação a cada 3 anos foram limitações importantes, além disso tinha por base um contrato de trabalho precário de remuneração por bolsa, ainda que num valor atrativo, a combinação de trabalho e

formação exigia a realização de cursos à distância e supervisão de tutores médicos com experiência na AB, a tutoria ocorria somente para os bolsistas, não era estendida ao restante das equipes da APS (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2661).

Segundo Campos e Pereira Júnior (2016, p. 2658-2661), ainda que junto ao PMM e maior interferência do governo federal tenha havido melhora de estruturas físicas, mudanças de ênfase de especialidades para medicina mais generalista e comunitária, mudanças de grades curriculares pelo Ministério da Educação⁴⁶ e expansão de equipes na APS, não houve avanços quanto às carreiras para o SUS ou alternativas e soluções para resolver a rotatividade profissional dos trabalhadores da saúde, um problema que também está associado aos vínculos empregatícios precários e instáveis da passagem da gestão dos serviços de saúde ao terceiro setor.

A ESF assenta-se no acesso universal, na integralidade da atenção e centralidade na família, a partir da circunscrição territorial das famílias a serem assistidas pelas equipes de saúde, viabilizando que se organize a distribuição da demanda às equipes multiprofissionais, com destaque aos vínculos que se criam entre as equipes multidisciplinares e a comunidade (MIRANDA, MENDES, *et al.*, 2017, p. 132).

Além do exposto sobre a centralidade, articulação e coordenação do SUS pela atenção primária à saúde, é considerado um dos desafios do SUS que a porta de entrada da atenção básica seja resolutiva e a principal vinculação da população com o sistema de saúde público, as unidades básicas de saúde, assim, não devem ser meramente “serviços ponte” de encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade (SOLHA, 2014, p. 22).

É uma distorção médico-hospitalar conceber o posto de saúde como um dispensador de encaminhamentos “ao especialista em tal patologia” em que a porta de entrada ao sistema serviria meramente para fazer a regulação hierarquizada de referência e contrarreferência a serviços de média e alta complexidade, que possuem mais alto custo, nem sempre há resolutividade, continuidade do cuidado ou aderência da pessoa ao tratamento feito em grandes centros secundários ou terciários.

Essa visão do posto de saúde como simples intermediário contraria a própria legislação vigente que contempla e vem priorizando a promoção e prevenção da saúde,

⁴⁶ Atuou em conjunto com o MS e orientou maior distribuição de cursos de medicina.

conforme estratégias como Saúde Mais Perto de Você inserida na PNAB, para valorização e continuidade dos cuidados de atenção primária, em coordenação e articulação quanto aos cuidados de recuperação e acompanhamento para pessoas convivendo com doenças crônicas, as doenças e agravos não transmissíveis – DANT, como diabetes e hipertensão.

Um doente que comece acompanhamento de saúde no posto de saúde de sua comunidade, e que em dado momento apresente necessidades que requeiram tecnologias ou recursos de média ou alta complexidade, será referenciado para o nível secundário ou terciário, porém, isso não significa que sua assistência de saúde passe a estar inteiramente ao encargo de um serviço de nível de complexidade maior, a coordenação e articulação do cuidado desse usuário do SUS manterá sua centralidade na atenção primária, sua referência principal permanece a unidade de saúde regionalmente próxima do seu domicílio. A APS é o elo que conecta o usuário às demais Redes de Atenção à Saúde.

Uma pessoa com diabetes que tenha o acompanhamento nutricional e receba orientações e tratamentos do médico comunitário no posto de saúde de seu bairro se, em dado momento, apresentar um problema renal mais grave, vai ser encaminhada para atendimento ambulatorial especializado com um nefrologista no nível de complexidade hierarquicamente maior, o de média complexidade e, muitas vezes, de alta complexidade, para uma hemodiálise ou uma cirurgia de transplante renal. Contempladas nesse exemplo as diretrizes do SUS da regionalização, hierarquização e integralidade.

O referenciamento desses cuidados multiníveis regionalizados e hierarquizados quanto à complexidade possuem agora uma concepção de rede poliárquica de atenção à saúde centrada na articulação com a atenção primária, portanto esse usuário com diabetes manteria a vinculação e as principais orientações coordenadas pela sua unidade de saúde, ainda que necessite de cuidados continuados e periódicos dos outros níveis de complexidade para manutenção de seu tratamento.

O primeiro nível de atenção à saúde deve ter resolutividade de 85% das moléstias de saúde, ainda que na AB as tecnologias usadas sejam de baixa densidade, pela simplicidade e custos reduzidos, como uma coleta e orientação sobre citologia oncótica (o preventivo de câncer do colo do útero) de fácil coleta e baixo custo, podendo ser realizado numa consulta rotineira de saúde da mulher com a enfermeira do posto e, em

que pese a característica da baixa densidade tecnológica, tem grande impacto na detecção e prevenção desse tipo de câncer (SOLHA, 2014, p. 34).

Pactuações dos fluxos e protocolos, gestão das filas internas, exames e consultas nas UBS, bem como apoio matricial presencial ou virtualmente são recomendados como práticas de microrregulação nas unidades, destaca-se a incorporação de telessaúde, na sistemática de referenciamento, auxiliando nas decisões clínicas e como ferramenta da regulação do acesso (BRASIL, 2019).

Protocolos elaborados para guiarem o encaminhamento dos usuários a outros níveis de complexidade são instrumentos de gestão e que dão eficiência ao SUS no modelo de descentralização promovido pela ESF, sendo determinantes para articulação da integralidade do cuidado. Racionalizam e orientam as decisões dos profissionais solicitantes das UBS com práticas baseadas em evidências científicas, e são essenciais para a referência que vai nortear a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores que, por sua vez, vão definir o encaminhamento mais adequado na RAS da média e alta complexidade para o usuário que entrou no sistema pela porta de entrada da UBS.

A organização do acesso promove o uso racional dos recursos da saúde, conseqüentemente são evitados deslocamentos desnecessários, obtendo-se maior eficiência e equidade no gerenciamento de listas de espera, por isso os municípios têm o dever de fazer a gestão da referência e contrarreferência aos demais serviços da RAS, priorizando a porta de entrada pela APS, para que a referência do usuário seja feita preferencialmente pela sua unidade de saúde de acesso (BRASIL, 2017g).

As unidades de saúde da APS no âmbito da ESF podem optar por aderirem ao programa “Saúde na Hora”, instituído pela Portaria n. 930/2019 (BRASIL, 2019) com o intuito de ampliação dos horários de atendimento para facilitar o acesso dos usuários. O horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família – USF permite aumentar a cobertura da ESF, oferecer as ações e serviços disponíveis na USF a um maior número de usuários e diminuir o quantitativo de pessoas que vão às emergências hospitalares e unidades de pronto atendimento – UPAs e que, na verdade, tenham condições de saúde de baixo risco e sejam mais adequadamente acompanhadas na AB.

No Programa “Saúde na Hora” as USF ofertam aos usuários os mesmos serviços de saúde durante todo o período estendido de funcionamento da unidade, USF com ou

sem equipe de Saúde Bucal podem optar por estender o período de funcionamento para 60 horas semanais, com 12 horas diárias ininterruptas de segunda-feira a sexta-feira ou 11 horas diárias de segunda-feira a sexta-feira e 5 horas aos sábados ou domingos. As USF com equipe de Saúde Bucal, ainda, podem optar pelo funcionamento por 75 horas semanais, sendo 15 horas diárias nos dias úteis, ou 14 horas em dias úteis e 5 horas aos sábados ou domingos (BRASIL, 2023).

Com relação ao quantitativo de equipes de saúde trabalhando em cada USF no Programa “Saúde na Hora” são requeridas 3 equipes SF nas USF com funcionamento mínimo de 60 horas semanais; 3 equipes de SF e 2 equipes de Saúde Bucal – SB nas USF, quando houver equipe de SB, com funcionamento mínimo de 60 horas semanais; ou 6 equipes de SF e 3 equipes de SB, quando o funcionamento mínimo for de 75 horas semanais. Para aderir ao programa firma-se Termo de Compromisso com o MS, e o incentivo financeiro repassado mensalmente é de R\$ 10.695,00 por equipe de SF e de R\$ 4.470,00 por equipe de SB (BRASIL, 2019).

No site do município de Porto Alegre as informações sobre a APS informam que as unidades atendem à população que reside em sua região, contudo, naquelas em que o turno é estendido das 18 horas às 22 horas (são listadas 16 unidades na cidade) há possibilidade de o usuário ir a qualquer unidade, não havendo, nessa circunstância, local referenciado por território, podendo ser atendido em qualquer uma das unidades independentemente do local de residência.⁴⁷

As regras para que sejam validadas as equipes e serviços da APS, para fins de transferências financeiras federais de custeio foram definidas na Portaria n. 60/2020, incluídas na Portaria n.1 de Consolidação do MS-SAPS, definem que as equipes da APS precisam ser validadas pelo MS, para isso há necessidade de credenciamento junto ao MS por meio de portaria específica relacionando os tipos de equipes, Agentes Comunitários de Saúde, a carteira de serviços ofertadas na APS, estes, por sua vez, devem ter sido cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento – SCNES pelo gestor municipal, estadual ou DF. Com a definição e homologação desses critérios pelo MS, códigos passam a distinguir cada equipe e estabelecimento, são, respectivamente, as

⁴⁷ A lista das 16 unidades, dentre Unidades de Saúde – US e Clínica da Família – CF, com seus endereços e telefones estão no sítio da prefeitura disponível em: <https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/atencao-primaria-saude-unidades-de-saude>. Acesso em 10 de maio de 2023.

Identificações Nacionais de Equipe – INE e os Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde – CNES das equipes e serviços da APS credenciados e cadastrados no SCNES para fins de custeio federal (BRASIL, 2021).⁴⁸

Portanto a Atenção Básica é, concomitantemente, um nível de atenção e uma proposta estruturante de organização de sistema de saúde, os resultados em saúde para a população são melhores quando o sistema está centrado na AB, garantindo acesso universal e tempestivo, com oferta de ações na maior amplitude possível com vistas à atenção integral, sendo responsável por “coordenar o cuidado dos usuários no caminhar pelos diversos serviços da rede”, com três funções principais, de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população, organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer dos pontos da rede em que ele se encontre (BRASIL, 2023, p. 15 e 25).

Feita a descrição da trajetória da APS, desde o PSF iniciado em 1994 e da implementação da ESF como prioridade para a AB, até as portarias de instituição e redirecionamento de diretrizes da PNAB, a seguir passa-se a descrever os modelos históricos da administração pública e de que forma o último modelo gerencial repercutiu na ampliação da contratualização pelos entes federativos, em especial na área da saúde alcançando até a porta de entrada no SUS.

2 MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA ATÉ A PRIVATIZAÇÃO COMO SOLUÇÃO PARA A INEFICIÊNCIA ESTATAL

Conquanto as reformas administrativas do poder público no Brasil sejam sistematizadas mais em correspondência a modelos interpretativos do que cronológico-evolutivos, pode-se relatar esse evoluir de modelos em Administração patrimonialista predominantemente do Brasil Colônia à República Velha, Administração burocrática a

⁴⁸ A percepção dos valores de custeio pelo MS exige que não sejam detectadas irregularidades, conforme PNAB e o Programa Previnde Brasil que definiu que as transferências aos municípios têm quatro critérios: “capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional”. O financiamento foca em melhorar o acesso à APS bem como o vínculo da população com as equipes. Equilibram-se valores *per capita* da população efetivamente cadastrada nas eSF e de eAP com nível de desempenho assistencial, mais incentivos como o do horário estendido (Programa Saúde na Hora), o de informatização (Informatiza APS), o Consultório na Rua, equipes de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em 11 de maio de 2023.

partir de 1930 e Administração Pública de modelo gerencial com enfoque no controle de resultados – *performance-based accountability* – com implementação feita a partir do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995 e EC n. 19/1998 (MAXIMIANO e NOHARA, 2021, p. 134).

Esses três modelos, de fato, não equivalem a um desenvolvimento evolutivo cronológico na medida em que o patrimonialismo ainda pode ser identificado na Administração Pública, da mesma forma, não se pode dizer que a reforma gerencial pretendida em 1995 tenha sido plenamente efetivada (MAXIMIANO e NOHARA, 2021, p. 134), sem embargo, os três modelos podem ser encontrados em graus variados de intensidade e até concomitantemente no poder público brasileiro.

Segundo Jurksaitis e Sundfeld (2013, p. 37) houve dois marcos temporais no Brasil para a gestão pública, nos anos de 1960 houve edição de normas organizativas da administração e da burocracia, reformulação das licitações, e normas gerais sobre direito financeiro, destacando-se o Decreto-lei 200/1967, e nos anos de 1990 houve um direcionamento para melhorar a eficiência administrativa e a abertura de espaço para a iniciativa privada participar no Poder Público.

A crise econômica mundial que sucedeu as conflagrações petrolíferas de 1973 e 1977 desencadeou o desequilíbrio do sistema cambial que havia sido encetado pelo Acordo de Bretton-Woods no período posterior à Segunda Guerra, fechando um ciclo político-econômico mundial de abundância capitalista e de Estado de bem-estar, emergindo, junto com a crise financeira, a impossibilidade da manutenção dessas transformações sociais e político-econômicas pujantes até então, período abrangido entre o pós-guerra e antes das crises do petróleo (BUCCI, 2002, p. 1).

A partir da década de 1980, em decorrência da temática da crise e reforma do Estado que emergiu nos Estados Unidos e na Inglaterra, começa-se a divulgar aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE a chamada Nova Gestão Pública – NGP. O debate envolvia novas premissas administrativas para a gestão pública alicerçada na “Teoria Agente-Principal” com assimilação de características da “gestão empresarial: reengenharia, grupos de interesses (*stakeholders*), foco em resultados, flexibilização, remuneração vinculada ao desempenho, entre outros” (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3594).

Na Inglaterra, no governo de Margaret Thatcher a partir de 1979, foi implementado o gerencialismo no serviço público e houve uma reforma administrativa extensa, desenvolvimento de série de programas como o das Unidades de Eficiência, o Próximo Passo com as agências autônomas e Direitos do Cidadão, voltados à flexibilização, descentralização e eficiência dos serviços para os cidadãos, essas transformações foram profundas e as características gerenciais superaram o modelo burocrático (BRESSER-PEREIRA e SPINK, 2006, p. 30).

Em muitos países as noções trazidas pela NGP influenciaram reformas e modificações de procedimentos burocráticos estatais, a principal finalidade era dirimir o problema da ineficiência dos procedimentos excessivos e a melhoria do controle de processos, assim como promover maior responsabilização dos agentes públicos diante do sistema político e da sociedade, para tanto defendiam flexibilizações do regime publicista e *accountability* ou responsabilização da administração pública (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 65).

Quer seja pela circunstância da crise mundial, ou pela busca espontânea por redefinição do papel da Administração Pública, a passagem de execução de serviços estatais para a iniciativa privada requereu a revisão do regime de concessões de serviços públicos, as formas de descentralização e as de desconcentração da atuação estatal, e a edição de novas regras de institutos jurídicos relacionados às privatizações, sob denominação genérica de “parcerias”, sem embargo o Poder Público permanecesse detendo as atribuições de fomento, ordenação e gestão, ainda que se admitisse a manutenção da intervenção como quarta função estatal (BUCCI, 2002, p. 2-3).

Muitos países têm realizado reformas administrativas desde então, sob o prisma da gestão dos serviços públicos visando estratégias para reduzir o déficit fiscal, expandir a economia de mercado, privatizar serviços, melhorar a qualidade atendendo as necessidades dos cidadãos e, para esses objetivos, descentralizando os processos político-administrativos e lançando mão da participação do setor privado e não governamental para prestar os serviços. Não se pode dizer que haja um padrão único nos diversos países que começaram a discutir as reformas administrativas, mas sim existe uma predisposição “generalizada de incorporação de uma orientação gerencialista em diferentes contextos político-institucionais” (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3594).

Uma série de reformas vem modificando as estruturas da organização, gerenciamento e funcionalismo da administração pública. Historicamente pode-se dizer que na década de 1930 já havia certo ímpeto manifesto para reformar o Estado brasileiro, o que, contudo, começou a ser realizado em grande proporção nos anos 1990 por meio da Lei da Reforma do Estado Brasileiro (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 5).

Podem ser caracterizadas pelo menos três formas de condução administrativa no histórico brasileiro, ainda que persistam características desses três modelos nos tempos atuais e, em muitos recantos do país não tenha sido superado o padrão inicial. Temporal e sucessivamente o primeiro modelo da administração pública brasileira foi o patrimonialista, seguido do burocrático e, posteriormente, o gerencial (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 5).

O modelo de administração pública patrimonialista foi preponderante até pelo menos o ano de 1889, o que caracterizava esse primeiro padrão de administração era o fato de os detentores do poder locupletarem-se do aparelho estatal como se fosse uma extensão de sua propriedade, o público e o privado eram indistintos, esse poder equiparava-se a pertencer à nobreza real, a corrupção e o nepotismo preponderavam nessa vertente (*ibidem*, p.6). E, nas palavras de Raymundo Faoro (2001, p. 866)

A comunidade política conduz, comanda, supervisiona os negócios, como negócios privados seus, na origem, como negócios públicos depois, em linhas que se demarcam gradualmente. O súdito, a sociedade, se compreendem no âmbito de um aparelhamento a explorar, a manipular, a tosquiar nos casos extremos. Dessa realidade se projeta, em florescimento natural, a forma de poder, institucionalizada num tipo de domínio: o patrimonialismo, cuja legitimidade assenta no tradicionalismo — assim é porque sempre foi.

O fenômeno do patrimonialismo, uma herança portuguesa da época colonial, não pode ser definido como um modelo de gestão pública, mais adequado é a caracterização de que se trata de uma organização administrativa que não se alinha a nenhum modelo, está relacionado à circunstância em que o aparato do Estado é detido por elites sociais, políticas e/ou econômicas em prol dos próprios interesses, em que o público e o privado misturam-se uma vez que (LINS, 2022, p. 30) a “administração pública é tratada como

assunto puramente pessoal do senhor, e a propriedade e o exercício do seu poder político, como parte integrante de seu patrimônio pessoal” (WEBER, 1999, p. 253).

O modelo burocrático foi instaurado com o objetivo de vencer os males do patrimonialismo em que “[a] posição global do funcionário patrimonial é [...] em oposição à burocracia, produto de sua relação puramente pessoal de submissão ao senhor” (WEBER, 1999, p. 255), o modelo burocrático propõe que essas relações de poder e a confusão entre público e privado sejam desfeitas, singular é que tanto o patrimonialismo quanto o modelo burocrático, pelo menos a chamada burocracia administrativa excessiva, são tidos como os causadores da ineficiência da Administração Pública e, posteriormente, contrapostos com o modelo gerencialista (LINS, 2022, p. 30-31).

O modelo burocrático de administração pública compreende a profissionalização, a carreira, a hierarquia funcional, destacando a impessoalidade e o formalismo, bem como a necessidade de controles rígidos dos processos numa concepção de poder racional-legal, o que traz pontos positivos no sentido de efetividade de controle com relação a abusos, manutenção da ordem e administração da justiça, respeito às pactuações contratuais e ao direito de propriedade, contudo, no aspecto negativo, o Estado burocrático corre o risco de “voltar-se para si mesmo, perdendo a noção de sua missão básica, que é servir à sociedade” o que pode resultar em ineficiência (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 6).

Numa perspectiva sociológica, Max Weber (1999, p. 217) assevera que a burocracia moderna é consonante a cenários em que as regras são mensuráveis, tais regramentos burocráticos são criados a partir de embasamento técnico-econômico a fim de que sejam atingidos resultados previsíveis, esses aspectos que caracterizam o modelo burocrático surgiram com o evoluir do capitalismo. A maior virtude do modelo burocrático é propiciar a impessoalidade para o exercício de atribuições oficiais, são estratégias que dão conta de suprimir a subjetividade sentimental, impede as decisões “por simpatia pessoal, favor, graça e gratidão”.

Embora o termo burocracia tenha uma conotação negativa no senso comum, evocando noções de ineficiência e lentidão, em sentido técnico a palavra expressa a organização de grupos de trabalhadores especializados, órgãos estruturados com regras e procedimentos bem estabelecidos e que funcionam como sustentáculo que operacionaliza

instituições, com a delimitação entre o público e o privado, princípios do mérito técnico e da impessoalidade para formação dos quadros do funcionalismo. A disfunção desse modelo ocorre com a ampliação continuada de estruturas burocráticas que ocasionam o engessamento das organizações hierarquizadas e seus regimentos (VACCARO e GOMES, 2022, p. 16-17).

Embora já houvesse atos normativos como a Constituição de 1824 que estabeleciam o direito de todos à admissão no serviço público, vedando que critérios de escolha que não fossem os “talentos e virtudes”, o que se verificava era que “na prática, somente eram nomeados os que possuíam compadrios e boas amizades”, por esse motivo dizia-se que vigia uma “burocracia patrimonial” pois mesmo com o aparato burocrático formal implementado pela lei, este era dominado pelas elites locais, situação que perdurou até a Primeira República (LINS, 2022, p. 33-34).

Nessa concepção burocrática foi criado no ano de 1936 o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) com intuito de que o modelo administrativo espelhasse padrões weberianos de impessoalidade, formalidade e profissionalismo. Já, cerca de 30 anos depois, na vigência do Regime Militar, foi instituído o Decreto Lei n. 200/1967 que pretendeu instituir a descentralização político-administrativa como modelo gerencial na administração federal (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 5).

Portanto a administração burocrática começa a lançar suas raízes nos anos 30, praticamente como uma antítese às oligarquias rurais exportadoras, no cenário histórico em que se intensificava a industrialização no país e o protagonismo estatal foi crucial para o setor produtivo de bens e serviços. No governo Vargas a reforma na administração pública promoveu “um processo de racionalização que se traduziu no surgimento das primeiras carreiras burocráticas e na tentativa de adoção do concurso como forma de acesso ao serviço público” (*ibidem*, p.6).

O movimento reformista coordenado pelo governo de Getúlio Vargas visou o enfrentamento dessa burocracia patrimonial, defendendo a pauta da moralização do serviço público brasileiro com a implementação da meritocracia, espelhando-se na experiência britânica dos anos 1850 e 1870, essa iniciativa permite que se diga que foi nesse período que se estruturou o direito administrativo brasileiro e se aplicou o modelo de gestão burocrático na Administração Pública, não obstante não tenha eliminado o

patrimonialismo no país, que tem raízes profundas até os dias de hoje na cultura política brasileira do clientelismo, corporativismo, fisiologismo e corrupção (LINS, 2022, p. 35-36).

É um momento de agigantamento do Estado, o Conselho Nacional do Petróleo com o controle estatal sobre o petróleo foi criado no governo Vargas, além da criação da Siderúrgica Nacional de Volta Redonda em 1941 e, em 1943 a Companhia Vale do Rio Doce na exploração de minérios, a linha desenvolvimentista industrial prosseguiu havendo a criação de inúmeras empresas estatais, em 1953 criou-se a Petrobrás e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, na década seguinte o governo federal criou mais de 50 empresas estatais (GUERRA, 2006, p. 375-376).

Recomeçaram os debates sobre reforma administrativa no Brasil a partir de meados dos anos 50 e 60, dessa época originam-se as características que qualificam negativamente o termo burocracia: “papelada, número excessivo de tramitações, apego excessivo aos regulamentos, ineficiência” (MOTTA e BRESSER-PEREIRA, 1980, p. 21).

Para combater os males da burocracia editaram-se o Decreto n. 39.510/1956 que formou a Comissão de Simplificação Burocrática – COSB, o Decreto n. 39.855/1956 criador da Comissão de Estudo e Projetos Administrativos – CEPA, bem como o Decreto n. 54.401/1964 que criou Comissão Especial de Estudos da Reforma Administrativa – COMESTRA, essas comissões guiaram a edição do Decreto-Lei n. 200/1967 que regrou a organização da Administração Pública federal e está vigente ainda nos dias de hoje (LINS, 2022, p. 36).

De um aparato burocrático centralizado e subordinado diretamente ao Presidente da República, a partir do Decreto-lei n. 200/1967 estabeleceram-se diretrizes para a Reforma Administrativa, nos governos militares da década de 1964 a 1985 passou-se a adotar a *descentralização* administrativa, com fortalecimento da administração indireta, e a delegação da execução de certas tarefas dentro dos quadros administrativos ou à iniciativa privada, uma forma de diminuir o aparato crescente da administração direta. Assim, a administração direta poderia priorizar as funções de planejamento, coordenação, supervisão e controle, melhorando sua eficiência (VACCARO e GOMES, 2022, p. 20-21).

Assim, o Decreto-lei n. 200/1967, basicamente, incorporou conceitos seminais ao Direito Administrativo brasileiro, como a separação da Administração Pública em direta e indireta, assunção das atribuições precípua de planejamento e coordenação, bem como os institutos da descentralização e da delegação de competências e controle que são estruturantes do setor público (LINS, 2022, p. 37).

A descentralização de serviços à administração indireta envolve a delegação de parte de competências administrativas estatais a entidades que são criadas por lei ou autorização legal, que possuem personalidade jurídica própria, como as autarquias, as fundações e as empresas estatais. Como as competências estatais são delegadas por lei infraconstitucional das pessoas políticas para essas entidades, essas são tidas como administração *indireta*, o ente político que obtém diretamente da constituição a titularidade da função administrativa constitui a administração direta⁴⁹ que compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (JUSTEN FILHO, 2016, p. 117-118).

A substituição de formas patrimonialistas de administrar o Estado por um modelo de administração pública burocrática, que enfatiza a superioridade da autoridade racional-legal, pode ser considerada um progresso na medida em que visa evitar a corrupção e o nepotismo, contudo, para Bresser-Pereira e Spink (2006, p. 26) esse modelo fazia mais sentido diante do Estado liberal do século XVIII:

Um Estado pequeno dedicado à proteção dos direitos de propriedade; um Estado que só precisava de um Parlamento para definir as leis, de um sistema judiciário e policial para fazer cumpri-las, de forças armadas para proteger o país do inimigo externo; e de um ministro das Finanças para arrecadar impostos.

Nessa perspectiva, Bresser-Pereira e Spink (2006, p. 26-27) entendem que o modelo de gestão burocrática não faça sentido diante do Estado Social, não é o bastante

⁴⁹ Na descentralização transferem-se poderes e atribuições para entidades jurídicas autônomas, portanto, com titularidades diversas; na desconcentração há criação de órgãos públicos com a repartição de funções e competências, no entanto o poder permanece na titularidade de um mesmo indivíduo, são apenas repartições da mesma pessoa jurídica da respectiva esfera de governo, os poderes são internos, seria inviável que um chefe do executivo de um dos entes federativos exercesse todas as funções administrativas, para isso existem os órgãos administrativos considerados internos ao ente político, um exemplo são os ministérios e as secretarias (JUSTEN FILHO, 2016, p. 115-117).

que se evite o nepotismo e a corrupção na medida em que o Poder Público passa a ter o dever de prover educação pública, saúde pública, seguridade social, fomentar a ciência e tecnologia, investir em infraestrutura e proteger o meio ambiente, dentre outras atribuições, o que requer ampliação da máquina pública, conseqüentemente, aumento de impostos e comprometimento de maior fatia do PIB, por conseguinte, apontam os modelos gerenciais utilizados na administração de empresas como sendo mais adequados para melhorar a eficiência estatal e para o provimento dos bens e serviços públicos, numa perspectiva de provimento de bem-estar social por parte do Estado.

Para os reformistas Bresser-Pereira e Spink (2006, p. 27), nos países desenvolvidos em que os direitos civis e sociais já tinham boa proteção e o nepotismo e a corrupção não consistiam um grande problema, a *res publica* não estava resguardada de ameaças no modelo burocrático pois havia novas formas de apropriação do patrimônio público pelos particulares, como subsídios e isenções fiscais excessivas, além disso, funcionários públicos que não cumprissem bem suas atribuições mantinham-se nos quadros administrativos, protegidos por garantias de estabilidade injustificáveis diante da desídia no exercício do cargo público.

No chamado Estado desenvolvimentista que faz as vezes de Estado Social, no caso dos países em desenvolvimento, conforme Bresser-Pereira e Spink (2006, p. 27-28), a gravidade da situação é ainda maior pois os direitos civis e sociais persistem desprotegidos, e a corrupção e o nepotismo coexistem com a burocracia, privilégios e excesso de funcionários. O modelo burocrático nos países em desenvolvimento formaria uma nova classe de burocratas cujo excedente da economia é dividido entre eles e os capitalistas, que, além dos mecanismos do mercado, locupletam-se pela utilização do controle político estatal.

Em contraposição aos frêmitos reformistas, o Estado Social, no propósito de buscar a igualdade quando os princípios liberais foram entendidos como insuficientes, passou a intervir na ordem econômica e social, ampliando o poder de polícia do Estado. Enquanto no Estado Liberal o papel estatal limitava-se mais a garantir a segurança pública, restringindo liberdades individuais em prol da ordem pública, no Estado Social de Direito as funções estatais expandiram-se a muitos outros setores da sociedade (DI PIETRO, 2022, p. 9).

O Estado Social passou a regular as relações entre particulares de forma muito mais abrangente na medida em que passa a se imiscuir nas relações de trabalho, mercado de produtos de primeira necessidade, exercício de profissões, comunicações, meio ambiente, saúde, dentre muitos outros, passando a assumir e a determinar “obrigações de fazer” (DI PIETRO, 2022, p. 12).

O grande crescimento do Estado, sua excessiva atuação intervencionista em múltiplos domínios da sociedade, aumentou, em vista disso, a ameaça de interferência no princípio da separação dos poderes na medida em que esse modelo concentra o incremento da máquina administrativa na atuação do Poder Executivo, em detrimento dos demais poderes, além de haver risco às liberdades individuais e de poder levar à prestação de serviços públicos ineficientes (*ibidem*, p.12-13).

O Decreto-Lei n. 200/ 1967 foi considerado um referencial para redução da rigidez burocrática e início da administração gerencial no país, uma vez que:

realizou-se a transferência de atividades para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, a fim de obter-se maior dinamismo operacional por meio da descentralização funcional. Instituíram-se, como princípios de racionalidade administrativa, o planejamento e o orçamento, o descongestionamento das chefias executivas superiores (visando a desconcentrar e descentralizar), a tentativa de reunir competência e informação no processo decisório, a sistematização, a coordenação e o controle (KLERING, PORSSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 6).

Com a reforma administrativa de 1967, sob a égide de que a centralização era responsável pelo demérito da Administração Pública brasileira e o subdesenvolvimento econômico e social, erigiu-se a descentralização como a principal diretriz da reforma e estimulou-se a ampliação da administração pública indireta com criação de grande número de autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista que cumpririam o papel da execução das funções administrativas, enquanto a função de direção permaneceria com a administração direta. Em 1930 contavam-se menos de 17 entidades da administração pública indireta, no início da década de 1980 esse número chegou a 582 (LINS, 2022, p. 38).

Nesse momento, em meio à crise para financiar o Estado, o modelo intervencionista vindo de longo período de ditadura militar no país, aflui na aparente

contradição inscrita no texto constitucional de 1988 que, no Título I dos princípios fundamentais do Estado Democrático de Direito, expressamente estipula o mesmo peso compromissário da nova carta ao fundamento dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa (art. 1º, inc. IV, CRFB 1988).

De fato, à medida que o processo de redemocratização ocorria no Brasil, no âmbito internacional, especialmente Inglaterra e Estados Unidos da América, crescia um movimento que difundia a necessidade da redução do papel do Estado retomando ideais liberais político-econômicos que foi conhecido como neoliberalismo (VACCARO e GOMES, 2022, p. 23).

Em meio à recessão internacional generalizada da década de 70 e depois década de 80, período de ditadura militar no Brasil e transição para redemocratização, em que emergiam movimentos sociais exigindo um Estado de bem-estar no Brasil, no mundo eram propagadas um conjunto de reformas chamadas *New Public Management* (NPM), na expressão em inglês, ou NGP na sigla em português, defendendo metodologia de gestão empresarial para a administração pública, o vocábulo “gerencialismo” também foi usado como referência a essas ideias (*ibidem*, p.23).

A administração pública gerencial surge, portanto, como resposta à crise do Estado e para dirimir a crise fiscal, visando a redução de custos e a implementação da eficiência nos serviços públicos, protegendo o patrimônio público da corrupção aberta. Para tanto, esse modelo está voltado ao cidadão e à obtenção de resultados, há o pressuposto de que se deve guardar ceticismo com relação aos políticos e funcionários públicos, e o uso do instrumento do contrato de gestão para o controle dos resultados pelo gestor público (BRESSER-PEREIRA e SPINK, 2006, p. 28).

No novo paradigma a Administração Pública deixa de ser preponderantemente burocrática, na visão negativa de rigidez, ineficiência e autorreferência, para tornar-se gerencial e com maior flexibilidade e eficiência voltada ao cidadão e, mesmo que sejam preservados princípios burocráticos da admissão por mérito, de uma organização escalonada e estruturada por cargos e funções, com capacitações e avaliações periódicas e sistemáticas dos agentes públicos, passa-se a delegar aos agentes não estatais os serviços públicos sociais não exclusivos e as atividades econômicas, retendo e aprimorando a atividade regulatória do Estado por meio do controle finalístico mais do que dos meios,

numa mudança de prerrogativa verticalizada do Poder Público para outra de consensualidade e colaboração (AMORIM PINTO, 2013, p. 151).

No panorama contraposto entre os influxos externos do gerencialismo e a retomada democrática brasileira demandando garantia de direitos individuais, sociais e coletivos, o intervencionismo estatal na ordem econômica e social assume novos contornos na CRFB/88, passam a ser enaltecidos a proteção da dignidade da pessoa humana e a busca do bem-estar social no ambiente da iniciativa privada, sinaliza-se a necessidade de que o Estado diminua sua atuação ativa e exclusiva, reduzindo seu tamanho, passando a um modelo de intervenção regulatório (GUERRA, 2006, p. 371).

Os novos dispositivos da ordem econômica e seu estabelecimento, mencionados previamente, procuram equilibrar-se entre a “valorização do trabalho humano” e a “livre iniciativa” com a finalidade de garantir a dignidade em conformidade com a justiça social (art. 170, CRFB/1988) a partir do novo texto constitucional e, principalmente, com as Emendas Constitucionais de 1995, foram se abrindo brechas para as privatizações.

Em sentido contrário, todavia, na CRFB/88 foi constitucionalizado o dever de licitar, imposto em todas as modalidades para administrações públicas diretas, autárquicas e fundacionais, bem como empresas públicas e sociedades de economia mista (arts. 22, XXVII, 37, XXI, e 173) e a regulamentação pela Lei das Licitações n. 8.666/1993. Para Sundfeld essas normas preocupavam-se, basicamente, com as empreitadas de obras públicas, e resultaram numa rigidez normativa, objetividade de julgamento pelo menor preço e definições prévias e detalhadas pela Administração sobre as prestações do contratado (SUNDFELD, 2011, p. 22).

Dentre os movimentos críticos ao papel do Estado está o da *public choice theory*⁵⁰ que aponta as disfunções da burocracia como comprometedoras da eficácia estatal, devido ao

Apego excessivo a regras e normas, que se transformam em um fim em si mesmas; o cumprimento acrítico de ordens, sem levar em consideração a razoabilidade e os efeitos da norma; a fragmentação e a compartimentalização de suas estruturas causadas pela especialização; a complexidade do sistema de coordenação das atividades; a dificuldade de incorporar inovações; a apatia e a inércia do corpo burocrático; a rigidez no processo decisório; e, por fim,

⁵⁰ A teoria da escolha pública é vertente da teoria econômica que defende conceitos de economia de mercado aos agentes políticos e aos serviços públicos.

decisões tomadas de cima para baixo sem conhecimento efetivo das dificuldades (VACCARO e GOMES, 2022, p. 25).

A teoria da escolha pública propõe que as instituições públicas alcançam melhor desempenho quando expostas às pressões competitivas do mercado, do contrário, em situações de monopólio do poder público, há maiores chances de desperdício de recursos e menoscabo às preferências da população e, conseqüentemente, exorbitam-se os gastos e a oferta de serviços ineficientes. Segundo essa teoria, aqueles agentes públicos em situação de competitividade têm maior probabilidade de economizar recursos e prestar serviços mais eficazes, sintonizando-se com as demandas do eleitorado (BOYNE, 1998, p. 169).

Sobre escolhas públicas baseadas em parâmetros mercadológicos, pontua-se com a obra de Sandel (2012, p. 118) sobre os limites morais do mercado, o autor discorre sobre exemplos que demonstram que certas escolhas baseadas exclusivamente em leis de mercado não se dão livremente, principalmente nas circunstâncias em que as pessoas estejam em miserabilidade extrema.

Na extrema miséria não há condições mínimas para o exercício de liberdades, no entanto, ainda que não fosse o caso da pobreza, há certas decisões em sociedade em que as normas de mercado podem deslocar ou enfraquecer o empenho moral e cívico de um povo, e na área da saúde são muitos os exemplos em que a mercantilização precisa ter regulação estatal com vistas à proteção de todos (SANDEL, 2012, p. 79-90 e 118).

Estudo empírico realizado em governos locais nos Estados Unidos e no Reino Unido não encontrou desempenho superior entre modelos de implementação de políticas públicas e prestação de serviços, na comparação entre modelos de competição de conselhos públicos e contratos privados. A pesquisa concluiu que não foi possível estabelecer uma relação positiva entre competição e desempenho no setor público, tendo havido dificuldades metodológicas na aferição comparativa em decorrência das múltiplas variáveis, concluindo-se que resta muito trabalho a ser feito para que a proposição central da teoria da escolha pública possa ser confirmada, não havendo, portanto, valor científico corroborando a teoria, que, àquela altura, segundo o pesquisador, já contava com duas décadas de propagação e louvor à *public choice theory* na Inglaterra e nos Estados Unidos (BOYNE, 1998, p. 169-183).

Inicialmente sob a vertente do gerencialismo puro, a NGP, noutro momento os aspectos do consumerismo e do consumo orientado ao público, disseminaram-se concepções de contenção de custos e incremento de produtividade para aumentar a eficiência do Estado, para esse intuito, preconizavam-se privatizações, desregulamentações e flexibilização mediante gestão de resultados. Esse referencial, portanto, inspirou as medidas de descentralização administrativa, aumento de competição interna no setor público, contratualizações público-privadas, público com organizações sem fins lucrativos e público com público, a vertente do consumerismo foi vinculada à prestação de serviços públicos para cidadãos-clientes (VACCARO e GOMES, 2022, p. 25-26).

A ideia de cidadãos-clientes foi muito criticada porque em uma conjuntura de escassez de recursos os consumidores são considerados sob uma ótica de grupos de interesse; essa vertente modificou-se e absorveu o conceito de *accountability* que está direcionada para a participação social ativa a guiar as políticas públicas (*ibidem*, p.26).

Pode-se dizer, por conseguinte, que a NGP foi modificando a abordagem em três vertentes principais, (i) gerencialismo puro enfocando na resolução da crise financeira, reduzindo gastos e melhorando eficiência e a produtividade da gestão, aplicado nos Estados Unidos e Inglaterra; (ii) o consumerismo que questionou o fato de que reduções drásticas de custos prejudicam a qualidade dos serviços, o que compromete a produtividade, nesse sentido o ideal seria observar a satisfação das pessoas às ações estatais; e (iii) a orientação para o serviço público (*Public Service Orientation*) que critica a vertente individualista do consumerismo, mudando o eixo das ferramentas gerenciais da eficiência, qualidade, desempenho, planejamento estratégico para referenciais do âmbito público, como republicanismo e democracia, repaginando para uma nova gestão a partir de conceitos como a transparência, participação política, equidade e justiça (MAXIMIANO e NOHARA, 2021, p. 134).

A privatização na América Latina está muito concatenada à reforma do Estado, o que pode ser constatado no Chile, México, Bolívia, Argentina, Brasil e Uruguai, esses países tiveram como principal alvo a redução do tamanho do Estado por meio do incentivo da liberdade econômica, desregulamentação, supressão dos monopólios, implementação de regras de livre concorrência, e, subsidiariamente, o Estado reserva-se

a incentivar atividades não supridas pela iniciativa privada, e manteve, contudo, sua função estatal fiscalizatória e de proteção ao usuário e consumidor (DI PIETRO, 2022, p. 20).

Os modelos de privatização aplicados na América Latina buscaram a eficiência dos serviços públicos estatais, restringindo-se àqueles típicos do Estado, utilizando estratégias de gestão privada às atividades que não necessitassem do regime publicístico burocrático e rígido, como nos serviços sociais, comerciais e industriais, mediante venda de ações das empresas estatais e parcerias público-privadas (*ibidem*, p.20).

Após a promulgação da CRFB/88 ocorreram modificações administrativas estruturais como a descentralização, a cidadania plena no âmbito político, bem como a elaboração mais abrangente de políticas públicas e aprimoramento da gestão governamental. Reformas foram iniciadas no governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e houve priorização do ajuste fiscal e da privatização (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 7).

A nova constituição outorgou competências ao Estado que, no cenário de crise, não havia como serem cumpridas, não havia recursos para “saúde, educação, previdência social, moradia, transporte, segurança; isso para falar apenas nas atividades essenciais”, nessas circunstâncias o poder público buscou institutos e inovações que permitissem mais eficiência na prestação dos serviços de sua responsabilidade (*ibidem*, p.35).

A Fazenda Pública começou no Brasil, a partir da década de 1990, a implementação de uma série de procedimentos que eram originários de modelos de gerenciamento da iniciativa privada, na tentativa de que um novo modelo de gestão aprimorasse os serviços públicos no país, o que requereu intensa produção legislativa na promoção de uma reforma administrativa (VALENTE e SILVA, 2018, p. 209).

Para Maria Paula Dallari Bucci (2002, p. 10-11) as grandes reformas administrativas brasileiras, como a administrativa de 1967 e a gerencial a partir de 1996, desenvolveram-se sem participação dos publicistas, às expensas de economistas, planejadores, técnicos diversos e pequena participação de juristas.

A nova ordem constitucional sedimentou o início gradual da retirada da participação do Estado nas atividades econômicas no sentido de não ser mais o responsável direto pela produção de bens e serviços (Estado Empresário) e, nos termos

do art. 174 da CRFB/88 concentrando-se na sua função fiscalizatória, de incentivo e de planejamento (Estado Regulador), ou seja, conforme art. 173 da CRFB/88 o papel direto de agente econômico do Estado deve restringir-se às necessidades de segurança nacional ou relevante interesse coletivo (GUERRA, 2006, p. 390-391).

Significativa também foi a inserção, explicitamente, do princípio da eficiência no rol de princípios disciplinadores da atividade da Administração Pública brasileira do art. 37 da CRFB/88, consequência de uma das demandas da reforma administrativa e que foi inserida pela edição da EC n. 19/1998. Numa explanação desse princípio, a Administração Pública obtém eficiência na prestação de serviços quando alcança o maior resultado em prover o máximo de direito para a população, impondo o menor patamar de sacrifícios e intervenção nas liberdades dessa população (MENDES, 2012, p. 367).

A incumbência do Estado quanto ao princípio da eficiência evoca uma nova lógica para a obtenção dos resultados práticos ao interesse coletivo, em harmonia com as finalidades do ordenamento jurídico, e implicando em que haja os menores ônus possíveis tanto para o Estado, principalmente no que tange aos custos financeiros, quanto às liberdades dos cidadãos (ARAGÃO, 2004, p. 3).

Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2022, p. 5 e 9) não é uma tarefa fácil a definição de “privatização”, cuja concepção pende mais para a Ciência da Administração ou da Ciência Política e Econômica do que a do Direito. Ao direito, mais comumente, resta a incumbência de analisar as possibilidades jurídicas do uso do instituto da privatização, entretanto, parece inequívoco que a privatização consiste na redefinição dos papéis do Estado, alterando limites de atuação e fomentando a liberdade econômica. Assim, segundo a publicista: o “próprio vocábulo **privatização**, ligado a **privado**, evoca as ideias de gestão por pessoas privadas e de gestão pelos métodos do setor privado. Insere-se na tendência de **fuga do direito público** ou **fuga para o direito privado**⁵¹”.

Foi com o Programa Nacional de Desestatização – PND, instituído pela Lei 8.031/1990 no governo de Collor de Mello, que houve a previsão para que ocorressem as privatizações no Brasil, que seguiu avançando quando assumiu o vice Itamar Franco após o *impeachment* e, após a promulgação das Emendas Constitucionais de 15 de agosto de 1995, e o programa de privatizações do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

⁵¹ Grifo da Autora Maria Sylvia Zanella Di Pietro.

de 21 de setembro de 1995, e no Governo Fernando Henrique Cardoso houve a intensificação de todo esse processo que passou a ser apresentado como uma forma de combater a profunda crise fiscal (GUERRA, 2006, p. 381-386).

Luiz Carlos Bresser-Pereira foi o ministro do governo de Fernando Henrique Cardoso para o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE –, ministério criado a partir da Secretaria da Administração Federal de Presidência da República, em novembro de 1995 esse ministério divulgou nos meios oficiais o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) elaborado com as diretrizes para a reforma da administração pública brasileira, inspiradas na forma de administrar das empresas privadas e priorizando sistemas descentralizados, controle por resultados e incentivo à democracia participativa direta do controle social (VACCARO e GOMES, 2022, p. 27-28).

Assim, a partir de 1995 no Brasil, o modelo da NGP começou a ser defendido no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, e o ministro Bresser-Pereira à frente do MARE mapeou os problemas da administração pública federal e apresentou o PDRAE, tendo como embasamento os ideais da NGP (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 66).

O PDRAE era um plano de reorganização da estrutura administrativa estatal considerada como “um salto adiante” na direção do modelo gerencial na administração pública, ou NGP, com as premissas apoiadas na tríade da eficácia, da eficiência e da efetividade a guiar a reforma (TURINO e SODRÉ, 2018, p. 1202-1203).

Embora o Plano Diretor tenha sido criticado como uma proposição de Estado mínimo e supressão da “burocracia weberiana”⁵², no contexto de polarização política e ideológica daquele momento, segundo Sano e Abrucio (2008, p. 66), o que de fato ocorreu foi a reorganização administrativa do Governo Federal, o aperfeiçoamento das informações do poder público e o fortalecimento das carreiras de Estado, inclusive com número significativo de concursos públicos realizados, demonstrando que a meritocracia do modelo weberiano manteve-se e foi aprimorada sob o MARE.

O PDRAE instituído pelo MARE, com inspiração na NGP, tendo em vista a descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão, concebeu a administração pública como exercendo o papel principal de regulador e promotor dos

⁵² Estrutura profissional e de meritocracia que deve prevalecer no funcionalismo.

serviços públicos, enquanto a prestação propriamente dita dos serviços públicos pode se dar por meio da contratualização de instrumentos voltados à gestão, sendo estabelecidos entre órgãos estatais ou com entidades privadas e objetivando resultados (*ibidem*, p.66).

Com relação ao projeto das Organizações Sociais constante no PDRAE o objetivo era a permissão da descentralização da prestação de serviços não exclusivos do Estado, pressupondo maior eficiência na prestação dos serviços públicos pelas entidades de direito privadas, viabilizadas por autorização legislativa para celebração de contratos de gestão e com o financiamento do Estado. Seria dada autonomia financeira e administrativa às organizações sociais, e condições legais impostas para a composição dos conselhos de administração dessas entidades para a prevenção de feudalizações e monopolização de privatizações (DI PIETRO, 2022, p. 354).

Entretanto o PDRAE encontrou resistência e tensão no governo federal durante a sua implantação, para a equipe econômica a flexibilização da gestão e a delegação dos serviços que continuavam a ser financiados pelo Estado comprometia a meta fiscal, interferindo nas medidas mais inovadoras do plano, assim as organizações sociais, previstas no plano, começaram a existir de forma precária e foram pouco utilizadas pelo governo federal, as OS foram mais implementadas no âmbito de alguns governos estaduais (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 67).

A previsão das OS no PDRAE não obteve destaque no governo federal, esse modelo foi muito propagado pelo ministro Bresser Pereira e alcançou abrangência e inserção junto aos entes estaduais e municipais que começaram a fazer contratos de gestão com essas entidades, o apelo à utilização das OS vinha da possibilidade de flexibilização da gestão pública combinada com aumento da *accountability* governamental (*ibidem*, p.67-68).

Dentre algumas das estratégias de privatização aplicadas para reduzir o tamanho do Estado estão: os chamados *contracting out* que envolvem pactuações diversas, a desregulação que reduz o intervencionismo estatal no domínio econômico, a desmonopolização de atividades econômicas, a alienação das ações de estatais ao setor privado, a desnacionalização com venda dos bens e das próprias empresas públicas, a adoção de táticas privadas de gestão como as concessões de serviços públicos e parcerias público-privadas, a liberalização para que serviços públicos que antes eram atividades

exclusivamente prestadas pelo poder público possam ser executadas pelo setor privado, a substituição de cobrança de impostos por cobrança de preços e tarifas para o financiamento direto de serviços públicos (DI PIETRO, 2022, p. 6-7).

Muito embora possam ser criadas outras maneiras para reduzir o tamanho do Estado, parte da doutrina compreende a privatização como um rol de deliberações que, grosso modo, abrangeria quatro práticas principais, a primeira delas é a desregulação ou liberação de certos setores econômicos, a segunda é a transferência de ativos de ações ou outros bens, a terceira refere-se ao incentivo da gestão privada de serviços públicos, e a quarta prática é o impulsionamento para o implemento de procedimentos de gestão privada nas entidades públicas (*ibidem*, p.6-7).

A concepção nuclear da temática da privatização é que há diminuição da presença do Estado na prestação de serviços públicos, e essas atividades que o poder público se desonera, pouco a pouco, vão sendo repassadas à iniciativa privada, portanto não é possível colacionar um rol taxativo de técnicas de privatização pois, fundamentalmente, trata-se de um processo em desenvolvimento em que não se pode mais divisar com clareza qual é o cerne de atuação do Estado que permanecerá indelegável.

Além disso, também os influxos do desenvolvimento tecnológico e a globalização econômica mundial influenciaram nesse surgimento do modelo de administração pública gerencial que veio a reverberar nos propalados procedimentos administrativos de empresas privadas, na priorização do controle dos resultados ao invés do controle dos processos feito no modelo burocrático, fomento à eficiência e à qualidade dos serviços públicos (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 8).

A gestão gerencial pauta-se, basicamente, pelo estabelecimento de metas de desempenho ao administrador público e o controle rigoroso dos resultados, ao invés da realização direta das atividades, assim estabelecem-se parcerias com a sociedade civil, que, por sua vez, aplica sua experiência e potencial em benefício da coletividade. Nesse modelo a Administração Pública age como ente fomentador da iniciativa privada em prol das atividades de interesse coletivo, não mais como executante direta, inevitavelmente há redução do tamanho da estrutura estatal, é nesse aspecto que os críticos invocam o termo neoliberalismo (LINS, 2022, p. 56).

De acordo com Lins, para os maiores expoentes do movimento reformista brasileiro da segunda metade dos anos 1990 não era o neoliberalismo o fio condutor do modelo gerencial proposto, mas sim a socialdemocracia. Bresser-Pereira, um dos maiores defensores da reforma administrativa refutava a alcunha de neoliberal, propugnava que a reforma possuía caráter “Social-Liberal” ou “social democrática”. Esse embate parecia relevante para os reformistas da época pois a menção do termo “neoliberal” igualava-se a ofensas compatíveis a ser chamado de “diabo” ou de algo do “inferno”. Para Bresser-Pereira, os neoliberais sugeriam que o Estado não interviesse na área social, sua proposta era de que se deveria continuar protegendo os direitos sociais, porém, de forma indireta e atuando em parceria com o setor público não-estatal (LINS, 2022, p. 64-65).

Ademais, para Bresser-Pereira a reforma gerencial baseava-se em mudanças estruturais e de gestão, não havia interesse sobre discussão de grau de intervenção do Estado na economia, já se havia chegado a um consenso razoável quanto à inviabilidade de proposições sobre Estado mínimo, tendo em vista a necessidade da atuação do Estado como regulador e fiscalizador. A reforma defende que o pressuposto gerencial, a descentralização e a responsabilização pelo atingimento de resultados motivam mais os gestores e melhora a eficiência das agências (BRESSER-PEREIRA, 2008, p. 99).

Contudo, o modelo gerencial não pressupõe a ausência do Estado, o escopo do gerencialismo é que o Poder Público tenha atuação indireta na realização de certas atividades, retendo o papel de planejamento, fomento e de fiscalização. Em síntese, o administrador passa a responsabilidade da execução de certos serviços para terceiros e fiscaliza o alcance dos resultados, se foram consonantes às metas pré-estabelecidas, o controle estatal deixa de ser procedimental e passa a ser um controle de resultados, esse “controle por resultados é, pois, em última análise, um tipo de delegação de autoridade e, portanto, descentralização”, há mudança do foco do controle da Administração Pública sobre os gestores públicos, afasta-se dos procedimentos de execução das atividades e se passa a dar ênfase para alcançar resultados (LINS, 2022, p. 57-59).

Assim como a mentalidade gerencial e, nessa Reforma do Estado, empreendida em meados da década de 1990, o papel do Estado passa de “responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços” ao

fortalecimento das funções de promoção e da regulamentação desses setores que antes provia diretamente (KLERING, PORSSE e GUADAGNIN, 2010, p. 8).

Nessa toada, traz-se a ideia de Estado Subsidiário, expressão utilizada para ressaltar característica presente no Estado Social e Democrático de Direito, em que há o reconhecimento de que a iniciativa privada, por meio de seus indivíduos ou por associações, tem primazia sobre a iniciativa do Estado, sendo indelegáveis pelo Estado as atividades de segurança, defesa, justiça, relações exteriores, legislação, polícia. Sob a égide do princípio da subsidiariedade estão as atividades sociais e econômicas nas quais o exercício estatal é em caráter supletivo à iniciativa privada, quando essa for insuficiente, e não se confundindo com Estado Mínimo, para prestação de atividades sociais e econômicas pelo Estado a busca por vias de maior flexibilidade como as parcerias público-privadas, é consoante à subsidiariedade (DI PIETRO, 2022, p. 16-23).

Sem embargo o princípio da subsidiariedade tenha sido inicialmente trazido por Juan Cassagne em suas obras de Direito Administrativo dos anos 1990 na perspectiva do Estado Social e Democrático de Direito, trata-se de princípio originado da Doutrina Social da Igreja em suas Encíclicas *Rerum Novarum* (1891) do final do século XIX e início do século XX. No *Mater et Magistra* de 1961 o Papa João XXIII assenta o bem comum como a combinação de condições sociais pelas quais os homens capacitam-se a buscar mais naturalmente o seu desenvolvimento pleno, analogamente à ideia de que o fim do Estado, ao buscar o bem comum, é o de garantir as condições aos indivíduos ou associações privadas que alcancem por si mesmas o bem comum (*ibidem*, p.16-18).

Na *Centesimus Annus* de 1991, o Papa João Paulo II afirma que “o Estado deve respeitar a autonomia dos indivíduos, das famílias, associações de classe, grupos econômicos, partidos políticos, na busca do bem comum”, nessa mesma ideia, no campo econômico o Estado também deve permitir essa autonomia e ter sua atuação modulada pelo princípio da subsidiariedade, agindo de forma indireta quando houver necessidade de criar condições favoráveis ou de fomentar o livre exercício da atividade econômica (*ibidem*, p.18).

Quando discorre sobre um modelo de “Estado Subsidiário” Juan Carlos Cassagne afirma que não há mais que se falar em Estado benfeitor, esse modelo rompeu-se, a sociedade não aceita mais a intervenção tão ativa do Estado no âmbito econômico-social

assumindo diretamente a prestação de atividades que podem ser realizadas pelos particulares. A interferência do Estado não pode mais ser legitimada pelos argumentos da soberania, defesa nacional, justiça social ou independência econômica para imiscuir-se em atividades industriais e naqueles serviços públicos que podem ser providos pela iniciativa privada (CASSAGNE, 2002, p. 59).

Conquanto se consiga vislumbrar aplicação do princípio da subsidiariedade na maioria das atividades econômicas e, em certa medida pareça harmonizar eventuais tensões entre os princípios fundamentais do Estado como os valores sociais do trabalho e da livre-iniciativa (art. 1º, inc. IV da CRFB/88), no setor da saúde, constitucionalmente uma atividade livre à iniciativa privada (art. 199, CRFB/88), a expressão de que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196, CRFB/88) mesmo que permitida a *execução* por intermédio de terceiros de direito privado, o fato de haver *indisponibilidade* da obrigação do Poder Público de regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, dada a sua relevância pública (art. 197, CRFB/88), torna a aplicação do princípio da subsidiariedade um tanto dissonante quando se refere à saúde.

Para Lins (2022, p. 60), um aspecto importante a favor do gerencialismo na gestão pública é que esse modelo promoveria uma política de desburocratização e de democratização da máquina pública, são criadas condições para melhorar a eficiência do Estado e combater a corrupção uma vez que se estabelecem relações menos desiguais entre os cidadãos e o Poder Público, nos países em que a desigualdade se perpetua pela dificuldade de acesso ao Estado, incrementos do controle social e acesso ao Estado auxiliam na diminuição das práticas de corrupção.

Nesse ponto, cabe a sistematização dos denominados três setores da sociedade civil, o primeiro setor abrange a administração pública propriamente dita, direta e indireta, no segundo setor encontram-se as entidades privadas com fins lucrativos e, por fim, o terceiro setor compreende as entidades privadas sem fins lucrativos, as chamadas paraestatais (JUSTEN FILHO, 2016, p. 177).

Em consonância com a constatação de que o Poder Público não possui recursos suficientes para a prestação de serviços que promovam os direitos fundamentais, o

terceiro setor⁵³ ou organizações privadas não governamentais vêm para oferecer a realização desses serviços voltados aos “interesses coletivos e a proteção de valores supraindividuais (JUSTEN FILHO, 2016, p. 178)”.

As atividades das organizações do terceiro setor correlacionadas àqueles serviços de assistência à coletividade podem, em muitos casos, configurarem-se similares às ações administrativas, assim é bastante comum a associação entre o Estado e organizações não governamentais, com benefícios recebidos do ente estatal, em contratos pactuados sob modelo jurídico adequado visando à realização de serviços de interesse coletivo que são atribuições de poder público (*ibidem*, p.179-180).

Nesses casos em que a entidade privada desempenha essas funções delegadas mediante a transferência de recursos públicos, deve haver prestação de contas e fiscalização do desempenho por parte do administrador público e de seus órgãos de controle (*ibidem*, p.179-180).

Nesse ponto, retoma-se à ideia inserida no título do capítulo de que a privatização passou sistematicamente a ser preconizada como o remédio para tratar o Estado ineficiente e, como se fosse gênero que agrupa um conjunto de espécies, a expressão açambarca uma série de institutos que foram sendo implementados no curso do tempo por meio de reformas administrativas, invariavelmente promovendo o abrandamento ou afastamento do regime publicista.

Inobstante o uso loquaz do termo privatização, na esteira das reformas descritas para reduzir o tamanho do Estado, a expressão **desestatização** guarda maior precisão

⁵³ “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 n. 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos. Os empregados das Organizações Sociais não são servidores públicos, mas sim empregados privados, por isso que sua remuneração não deve ter base em lei (CF, art. 37, X), mas nos contratos de trabalho firmados consensualmente. Por identidade de razões, também não se aplica às Organizações Sociais a exigência de concurso público (CF, art. 37, II), mas a seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve ser posta em prática através de um procedimento objetivo e impessoal”. ADI 1.923, Pleno, rel. Min. Ayres Britto, rel. para acórdão Min. Luiz Fux, julg. 16/04/2015, DJe 16/12/2015. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10006961>. Acesso em 4 de set. de 2022.

semântica, inclusive alguns autores entendem desestatização como a “privatização em sentido amplo”, assim há afastamento do Estado daquelas atividades em que pelo princípio da livre iniciativa ou da economicidade são melhor desenvolvidas pela iniciativa privada. Essa amplitude dá ao termo desestatização a condição de gênero, cujas espécies que adotam medidas de diminuição do tamanho do Estado como a desregulamentação⁵⁴, a descentralização, a privatização e a terceirização, estariam inseridas (SILVA, 2014, p. 33-42).

O termo **privatização** no dicionário Houaiss da língua portuguesa significa “o ato ou efeito de privatizar; transferência do que é estatal para o domínio da iniciativa privada; desestatização”, no verbete do adjetivo “privatizado” está a relação ao que se privatizou, que foi tornado propriedade privada ou gerido por empresa privada (HOUAISS e VILLAR, 2009, p. 1553).

Para Di Pietro (2022, p. 7), como já citado, a privatização evoca redefinições dos papéis estatais, novas delimitações e fomento da liberdade econômica, indicando a gestão pela iniciativa privada e por meio de métodos do setor privado, afastando-se da normatividade do direito público.

A partir da premissa de que a privatização envolve a diminuição do papel do Estado, considerando as reformas administrativas descritas, constata-se que o Poder Público foi realizando a prestação dos serviços de saúde de forma cada vez mais indireta ou intermediada, do vínculo mais robusto da Administração Direta e seus órgãos diretamente ligados aos entes da federação conforme constitucionalmente previsto, à descentralização paulatina em fundações, empresas, autarquias ou outras entidades públicas criadas por lei específica, a partir da previsão do longo e vigente Decreto 200/1967 – caracterizando a Administração Indireta –, com admissão nos quadros funcionais por meio de concurso público (art. 37, inc. II, CRFB/88) mas, amiúde, o vínculo se estabelece pelas regras da CLT e não pelo regime estatutário, é o empregado público.

Trazendo para o contexto desse trabalho, tem-se os contratos e convênios firmados sob a égide da Lei n. 8.666/ 1993 das normas de licitações e contratos da Administração

⁵⁴ Diminuição do volume de normas e regulamentos, bem como a simplificação normativa de seu conteúdo, compreensão e acesso, o que diminui os entraves burocráticos e os custos.

Pública com entidades privadas para cessão de mão de obra para atividades-meio nos serviços de saúde – serviços de faxina, recepção e portaria nos postos de saúde ou no Hospital de Pronto Socorro, *v.g.* –, há os empregados públicos celetistas concursados de fundações da Administração Indireta, como o IMESF – fundação pública de direito privado –, que será descrita noutro capítulo, e agora ocorre também a assistência de atividades-fim na saúde, prestada por trabalhadores celetistas de livre contratação e demissão por entidades privadas filantrópicas ou sem fins lucrativos – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e seus técnicos ou auxiliares, *v.g.* –, em complementaridade ao SUS, no bojo dos instrumentos contratuais previstos no Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil – MROSC, em que, como vai ser analisado, há o maior afastamento dos regramentos publicistas, mas o elo com o Poder Público ainda existe, ao repassar os recursos financeiros e manter o múnus de fiscalizar os resultados.

Nessa sequência de abrandamento do papel do Estado na prestação de serviços de saúde, portanto, no sentido estrito da palavra privatização, conforme o desenvolvimento da pesquisa vai detalhar, não autoriza a que se propague que os serviços de atenção básica do SUS de Porto Alegre foram privatizados, uma vez que não ocorreu a transferência de propriedade ou alienação de ativos do setor público ao privado, *in casu* o Poder Público detém a função de regulador e de gestor dos resultados dos serviços que foram delegados.

No próximo tópico explana-se sobre os contratos no âmbito da administração pública, sua institucionalização legal e os instrumentos no Brasil, e de que forma as entidades privadas vêm participando complementarmente ao SUS e, de fato, passaram da complementaridade ao protagonismo no fornecimento de serviços de saúde, bem como dos conceitos utilizados como se fossem sinônimos de privatização e a escolha de termos que vai ser aplicada no estudo para fins de padronização e desenvolvimento da linha de argumentação.

2.1 Contratos administrativos, contratualização, parcerias e terceirização

Tendo sido explanado os modelos de gestão pública até o modelo gerencial da NGP, atualmente preconizado como solução para maior eficiência, responsabilização e flexibilidade na prestação de serviços, inicia-se a descrição geral do rol exemplificativo

de instrumentos utilizados nas contratações em que o Poder Público faça parte, e os marcos legais que propiciaram a instituição do gerencialismo.

Conforme Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2022, p. 333), os impulsos reformistas levaram à criação de novos institutos e modificações dos antigos, bem como a alterações de nomenclaturas, entretanto pode-se constatar a heterogeneidade e fragmentação da temática entre os governantes, a sensação é de que há instâncias diversas tratando do mesmo tema simultaneamente, sendo que uns não conversam com os outros, em consequência as orientações que emanam da chefia do Poder Executivo não possuem uniformidade.

Ainda que não haja uniformidade sobre o tema na doutrina publicista, para fins de estabelecimento de premissas para o desenvolvimento da argumentação do presente estudo, serão feitas delimitações conceituais sobre os institutos mais utilizados, as espécies do gênero maior da desestatização.⁵⁵

Quando se aduz à expressão contrato administrativo, usualmente, refere-se àqueles instrumentos contratuais em que a Administração Pública, ao entabular relações jurídicas com outrem, tem o objetivo de alcançar fins públicos sob a ótica de normas de direito público, além do aspecto da verticalidade, na medida em que seu poder de império estatal tem predominância nessa relação jurídica (DI PIETRO, 2017, p. 295).

⁵⁵ O lastro técnico-científico não existe nas respostas dadas, o ceticismo deve ser a regra para as novidades que ainda não passaram pelo teste implacável do tempo, todavia, a curiosidade científica no evolver das tecnologias e das suas possibilidades, à guisa de experimentar a Inteligência Artificial, fez com que se buscasse “o que iria vir” a partir do questionamento sobre uma das confusões tormentosas sobre a temática desse trabalho, com a entrada da seguinte pergunta “qual a diferença entre privatização, contratualização, parcerização e terceirização?” no sítio do Chat GPT, o retorno da IA foi: “Privatização é o processo de transferência da propriedade de uma empresa ou ativo do setor público para o setor privado. Nesse processo, a empresa ou ativo passa a ser controlado por uma entidade privada, que pode ser uma empresa ou um consórcio de empresas. Contratualização é um processo de delegação de responsabilidades para o setor privado, mas a propriedade ou o controle da empresa ou ativo permanece com o setor público. Nesse processo, a empresa ou ativo continua sendo propriedade do setor público, mas os serviços ou atividades são contratados para empresas privadas, que assumem responsabilidades e riscos previstos em contrato. Parcerização é um processo em que o setor público e o setor privado se associam em uma parceria para realização de um projeto ou serviço público. Nesse processo, o setor público e o setor privado trabalham juntos para atender às necessidades de uma determinada área ou setor, geralmente através de um contrato de parceria público-privada (PPP). Terceirização é um processo de contratação de uma empresa externa para realizar atividades que antes eram executadas internamente pela empresa. Nesse processo, a empresa contratante terceiriza uma parte ou toda a execução de uma atividade para uma empresa externa, que é responsável por fornecer mão de obra e equipamentos necessários para realizar a atividade”. Disponível em: <https://chat.openai.com/>. Acesso em 17 de abr. de 2023.

Contrato administrativo representa gênero que abrange múltiplas espécies de figuras jurídicas, na Lei de 8.666/1993⁵⁶ que institui regramento para licitações e contratos da Administração Pública, no § único do art. 2º o contrato é definido como “todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada”.

Conforme Justen Filho (2016, p. 301-302), pode-se definir contrato administrativo de uma maneira geral como “acordo de vontades destinado a criar, modificar ou extinguir direitos e obrigações, tal como facultado legislativamente e em que pelo menos uma das partes atua no exercício da função administrativa”.

Para Rafael Maffini (2016, p. 194) a definição legal é incompleta uma vez que não é capaz de diferenciar os contratos da Administração Pública de outras figuras negociais como o convênio, sendo que o elemento nuclear no conceito de contratos da Administração Pública é a sua representação do interesse público, nada obstante a convergência de vontades no negócio jurídico entabulado entre Administração Pública e o contratado, há assimetria de interesses entre os celebrantes quando o Poder Público é partícipe.

Justen Filho (2016, p. 303-304) leciona que são três as espécies de contratos administrativos e, ainda que não haja tanta relevância nessas denominações, pois os diplomas legais podem valer-se de variadas figuras, o publicista sistematiza os contratos administrativos em I – os acordos de vontade da Administração que, por sua vez, podem ser subdivididos nos convênios públicos, contratos de consórcios públicos, contratos de programa, contratos de rateio, contratos de gestão, termos de parceria, termos de colaboração, termos de fomento, contratos de fomento, acordos de leniência etc; II – os contratos administrativos em sentido restrito, subdivididos em contratos de delegação,

⁵⁶ A Lei n. 14.133 de 1º de abril de 2021, nos termos do seu art. 194 entrou em vigor na data de sua publicação e havia previsão no seu artigo 193 de que revogaria a Lei n. 8.666/1993 após decorridos 2 anos de sua publicação, em 1º de abril de 2023, a Medida Provisória n. 1.167 de 31 de março de 2023, contudo, adiou a revogação da Lei n. 8.666/1993 para 30 de dezembro de 2023. Assim, nessa pesquisa, priorizam-se as regulamentações da lei de licitações e contratos da administração pública mais antiga e ainda vigente, embora se possa fazer referências às inovações da nova lei de licitações e contratos, principalmente no sentido da preconização da segregação de funções dos agentes públicos, que só tinha expressão em entendimento do TCU e ainda não estava positivado em lei.

contratos de colaboração e; III – os contratos de direito privado entabulados pela Administração.

Dentre os acordos de vontade da Administração o **convênio** público caracteriza-se por ser um gênero bem amplo de avenças entre duas ou mais partes em que uma delas é da Administração Pública, e demais sujeitos públicos ou privados, pactuando para buscar objetivos de interesse coletivo, não havendo intuito de lucro, podendo envolver ou não a transferência de recursos em dinheiro do orçamento público (JUSTEN FILHO, 2016, p. 306)⁵⁷.

Quanto aos convênios, Maffini (2016, p. 196) pontua que ainda que possa coincidir de ser de ocorrência mais comum a celebração de convênios entre órgãos ou entidades da Administração Pública, não é o critério subjetivo da natureza jurídica dos contraentes que diferencia o convênio do contrato administrativo, uma vez que os convênios também podem ser celebrados entre Administração Pública e particulares, o que caracteriza e diferencia convênios de contratos é que nos convênios há convergência das vontades e dos interesses dos partícipes.

O pagamento em pecúnia e a disciplina dos convênios encontram-se no art. 116 da Lei 8.666/1993 dos contratos e licitações da Administração, já no art. 84 da Lei 13.019/2014 – lei do MROSC – está disposto que os convênios servem às pactuações entre entes federados, e que o **termo de colaboração** é o instrumento contratual a ser utilizado nos casos de transferência de recursos públicos, bens ou pessoal às organizações da sociedade civil (art. 2º, inc. VII), aqui grifado por ser o instrumento utilizado entre a SMS de Porto Alegre e as Organizações da Sociedade Civil – OSC na contratualização da APS. Quando não houver transferência de recursos financeiros o instrumento utilizado para as parcerias entre Administração pública e organizações da sociedade civil é o acordo de cooperação (JUSTEN FILHO, 2016, p. 306).

⁵⁷ Cita-se o convênio que a Prefeitura de Porto Alegre, por meio da SMS, tem com a FUGAST – Fundação Riograndense Universitária de Gastroenterologia desde 2016, em que o município tem responsabilidade subsidiária e solidária para pagamento de verbas trabalhistas reclamadas judicialmente pelos trabalhadores demitidos da instituição, são cerca de 411 processos contra a fundação, entre eles a prefeitura responde solidariamente (com responsabilidades iguais) ou subsidiariamente (como tomadora de serviços) em pelo menos 197 ações. Esse convênio envolve, portanto, interesses mútuos e recíprocos de pagamento de dívida trabalhista, a entidade realiza procedimentos de colonoscopias e endoscopias para o SUS, e os valores correspondentes aos procedimentos efetivamente prestados, pela tabela do SUS, são depositados pela SMS de Porto Alegre judicialmente em conta específica para pagamento do passivo trabalhista. Ver em: <https://www.trt4.jus.br/portais/trt4/modulos/noticias/99796>. Acesso em 2 de maio de 2023.

O instituto **contrato de gestão** foi inserido na CRFB 1988 a partir da Emenda Constitucional n. 19 de 1998 e, embora houvesse legislação infraconstitucional que dispusesse sobre a figura de contrato de gestão, como o Decreto n. 171/ 1991, a Lei n. 8.246/ 1991, a Lei n. 9.637/ 1998 e a Lei n. 9.649/ 1998, foi somente há cerca de 3 anos que ocorreu a regulamentação do dispositivo constitucional do § 8º do art. 37 por meio da Lei n. 13.934/ 2019, a redação do artigo constitucional que abre a prerrogativa à contratualização informa que:

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre: I – o prazo de duração do contrato; II – os controles e critérios de avaliação e desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes; III – a remuneração do pessoal (FERRAZ, 2013, p. 921).

A contratualização por meio de contrato de gestão não permite que o objeto seja o fornecimento de mão de obra para a Administração Pública, isso acarretaria o descumprimento das normas da Lei n. 9.637/ 1998, bem como burlaria a exigência de concurso público exigidos no art. 37, II, da CRFB/88, conforme também a decisão do TCU no acórdão n. 3.239/2013 (DI PIETRO, 2022, p. 358).

Assim, esse contrato previsto constitucionalmente como sendo do âmbito da administração pública foi denominado na Lei n. 13.934 de dezembro de 2019 como **contrato de desempenho**, tal designação é estabelecida pelo fato da pactuação envolver a supervisão de certas metas de desempenho mensuráveis, supervisão feita por administradores ou gestores dos órgãos ou entidades públicas contratantes em contrapartida à “concessão de flexibilidades ou autonomias especiais” dos contratados.⁵⁸

O art. 5º da Lei n. 13.934/ 2019 especifica que o objetivo fundamental do contrato de desempenho é o aprimoramento do desempenho do contratado com vistas a

I – aperfeiçoar o acompanhamento e o controle de resultados da gestão pública, mediante instrumento caracterizado por consensualidade, objetividade, responsabilidade e transparência;

⁵⁸ Conforme art. 1º e 2º da referida lei. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 5 de ago. de 2022.

- II – compatibilizar as atividades do supervisionado com as políticas públicas e os programas governamentais;
- III – facilitar o controle social sobre a atividade administrativa;
- IV – estabelecer indicadores objetivos para o controle de resultados e o aperfeiçoamento das relações de cooperação e supervisão;
- V – fixar a responsabilidade de dirigentes quanto aos resultados;
- VI – promover o desenvolvimento e a implantação de modelos de gestão flexíveis, vinculados ao desempenho e propiciadores de envolvimento efetivo dos agentes e dos dirigentes na obtenção de melhorias contínuas da qualidade dos serviços prestados à comunidade (BRASIL, 2019).

No que se refere à natureza jurídica do instrumento de contrato de gestão, há parcela doutrinária que defende ser espécie de convênio, os convênios representavam um dos principais instrumentos para atividade de fomento estatal às entidades do terceiro setor, além de ferramenta para descentralização por excelência, favorece a visão da natureza convencional do contrato de gestão o fato de, usualmente, não se perceber as OS como simples prestadoras de serviços, uma vez que têm atuação em parceria com o Estado em atividades sociais. Os convênios caracterizam-se por liberdade de se retirar da participação, impossibilidade de sanções ao participante denunciante, formalismo quanto às prestações de contas de recursos públicos usados e o fato de a prestação de contas não considerar os resultados da cooperação pactuada (LINS, 2022, p. 162).

Enquanto no contrato administrativo há as cláusulas exorbitantes, estabilidade do vínculo e rompimento unilateral que pode ensejar dever de indenizar, nos convênios o vínculo é mais precário e admite rescisão unilateral sem dever de indenizar, no convênio a articulação para um interesse comum utiliza o instrumento para dividir as tarefas para o alcance desse interesse. Nesse contexto, o contrato de gestão não possui a rigidez do contrato administrativo, tampouco a precariedade do convênio, constitui vínculo mais estável e, como os resultados são parte do ajuste, costumam a ser cumpridos pois o não atingimento influencia no montante dos recursos transferidos e pode gerar a desqualificação da entidade (*ibidem*, p.164). Então

O contrato de gestão seria um “acordo operacional de direito público”, pelo qual o Estado e a entidade estabelecem o programa de trabalho. Este contém os objetivos a alcançar, prazos, critérios de avaliação de desempenho, limites para as despesas e o cronograma de liberação dos recursos financeiros (*ibidem*, p.165).

A palavra **parcerias**, segundo Di Pietro (2022, p. 26), é empregada para caracterizar qualquer cooperação entre o setor público e o privado, que não vai configurar uma nova pessoa jurídica, visando o interesse público na prestação de serviços sociais ou econômicos, e pode envolver o lucro para a entidade privada.

A parceria pode ser formalizada por diversos instrumentos jurídicos, versar sobre muitos objetivos, podendo ser delegação de serviços públicos ao particular, instrumentalizada por concessão ou permissão, parceria público-privada, contrato de gestão com organizações sociais; fomento à iniciativa privada de interesse público, instrumentalizada por convênio, contrato de gestão, termo de parceria, termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de colaboração; cooperação privada para exercer atividade própria do setor público, instrumentalizada pela terceirização de contratos de prestação de serviços, obras e fornecimento, concessão administrativa; pela **desburocratização** mediante contratos de gestão, a denominada Administração Pública gerencial (DI PIETRO, 2022, p. 26-27).

Falar de **contratualização** envolve retomar o instituto dos contratos de gestão que começaram a ser utilizados na experiência brasileira a partir de 1995-1999, esse modelo encetado entre o Poder Público e as entidades civis sem fins lucrativos pré-qualificadas como Organizações Sociais, em conformidade com a Lei n. 9.637/1998 das OS, ou pela Lei n. 9.790/1999 entre o Poder Público e as entidades pré-qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), foi o uso dos contratos de gestão que deu origem no Brasil ao termo **contratualização**, posteriormente a Lei n. 13.019/2014 delimitou o marco regulatório das parcerias da administração pública e entidades privadas sem fins lucrativos, os citados atos normativos das OS e das OSCIPs mantêm vigência e coexistem com o MROSC (SALGADO e CAMPOS, 2021, p. 24-25).

Faz-se a referência à espécie da contratualização interna, ou seja, a utilização de modelo de gestão de resultados para implementação de políticas públicas coordenadas e sinérgicas entre os entes estatais, dentro dos órgãos da Administração Direta, e entre entidades públicas da Administração Indireta (autarquias, fundações e empresas estatais), ocorrendo entre o órgão supervisor e suas unidades administrativas internas ou órgão supervisor e entidades públicas vinculadas. A autorização é constitucional no art. 37, §8º da CRFB/88 (inserido pela EC n. 19/1998), destarte, dispostos como contratos de

desempenho, em aparente tentativa de se diferenciar dos contratos de gestão consagrados na doutrina administrativa nacional para as avenças entre Poder Público com OS ou OSCIPs (SALGADO e CAMPOS, 2021, p. 28-29).

Como já descrito, o contrato com metas de desempenho do art. 37, §8º da CRFB/88 foi regulamentado pela Lei n. 13.934/ 2019, tratando-se, portanto, da contratualização *interna corporis*, para pactuações entre integrantes da administração pública direta ou indireta, não extensíveis às relações entre Poder Público e entidades civis, a contratualização interna também tem previsão nos artigos 51 e 53 da Lei n. 9.649/ 1998 (*ibidem*, p.28-29).

No Brasil os contratos de gestão foram inicialmente implementados como instrumentos de acordos e pactuações na gestão interna das relações interinstitucionais entre entes estatais, com base na necessidade do aprimoramento da eficiência e transparência, somente depois foram expandidos para as relações do Estado com as entidades de direito privado. A premissa desse instrumento é que

Uma administração pública pautada em objetivos, com metas estabelecidas em um contrato de gestão, pressupõe a existência de um planejamento construído a partir de políticas públicas, negociadas e avaliadas como possíveis de serem implementadas, e, na qual, a existência de um qualificado sistema de controle e avaliação de desempenho da parte contratada, é condição básica para sustentar-se (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 50-51).

O termo **contratualizar** é um neologismo do termo contratar que, ainda que sucintamente tenha significado similar, ou seja, trata-se de registrar em instrumento formal o que foi pactuado entre as partes, há toda uma formação teórica e técnica sobre o sentido de contratualizar na esfera da administração pública, o que envolve “a atuação estatal fundamentada na concertação e na negociação administrativa” entre o Poder Público e suas instituições ou atores da sociedade civil para implementação de acordos de desempenho, estabelecendo compromissos recíprocos tendo em vista o interesse público medido por meio de metas de desempenho (SALGADO e CAMPOS, 2021, p. 17).

No aspecto instrumental contratualizar refere-se a uma técnica de gestão diferenciada das corriqueiras utilizadas na gestão pública uma vez que configura novos parâmetros burocráticos relacionais tanto internos, quanto externos, sobrepujando

aqueles erigidos simplesmente sobre o poder hierárquico. O procedimento propicia a consensualidade na participação das partes envolvidas em sincronia na preocupação de se buscar e controlar os resultados da ação pública pactuada (SALGADO e CAMPOS, 2021, p. 18).

Contratualizar envolve a adoção de procedimentos para a transferência da gestão de serviços não exclusivos do Estado para outras entidades, a partir da identificação da necessidade e escolha de parceiros e formas de financiamento, envolvendo o planejamento de metas e formas de monitoramento e avaliação, por meio de diversificados instrumentos jurídicos em conformidade com os objetos da pactuação e natureza das parcerias (VACCARO e GOMES, 2022, p. 32).

Nesse sentido, o escopo do verbo contratualizar passou a ter maior abrangência do que contratar na medida em que passou a incluir todos os atos procedimentais envolvidos no âmbito dos contratos de gestão nos quais a Administração Pública faça parte e, em consenso com o contratado – ou em concertação⁵⁹, termo muito utilizado por Salgado e Campos (2021, p. 18-19) para dar a amplitude procedimental da contratualização – em que seus instrumentos são contemplados por planos de atividades com medição de desempenho, estabelecimento de metas e indicadores de qualidade e de quantidade, que sejam periodicamente monitorados e avaliados e, por sua vez, haja o condicionamento do pagamento de recursos e sistema de incentivos financeiros ao cumprimento dessas pactuações.⁶⁰

Para Salgado e Campos (2021, p. 18-19) o **ato de contratualizar** relaciona-se à parceria e cooperação recíproca na busca de objetivos comuns, sendo regulado por legislação e normas específicas, enquanto o **ato de contratar** é a celebração de contratos administrativos disciplinados no Direito Público Brasileiro pela Lei n. 8.666/1993, em

⁵⁹ O vocábulo “concertação” é utilizado inúmeras vezes quando se pesquisa sobre o termo e as origens da contratualização; o significado de concertação indica “Ação ou efeito de concertar, de produzir som, concerto. Relação de harmonia, de comum acordo; entendimento, pacto”. A remissão a concerto musical em que vários instrumentos diferentes à batuta do regente da orquestra produzem som harmonioso a partir de partitura bem-feita, parece uma boa metáfora sobre a contratualização utilizada pela doutrina na argumentação positiva sobre o instituto.

⁶⁰ No âmbito da SMS do Município de Porto Alegre o Decreto n. 21.904 publicado no DOPA em 20 de mar. de 2023 consolidou a estrutura organizacional da SMS e modificou o nome da diretoria responsável pelos contratos assistenciais e de apoio da pasta da saúde de Diretoria de Contratos – SMS/PMPA para **Diretoria de Contratualização – SMS/PMPA**. Disponível em: <https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/> e <https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/>. Acesso em 2 de maio de 2023.

ambiente de competição de mercado e, por esse motivo, mediante licitação, salvo as exceções na lei.

Quando houve a promulgação da CRFB/88 só havia a possibilidade da celebração de convênios para disciplinar o repasse de recursos ao terceiro setor, instrumento regulamentado no art. 116 da Lei n. 8.666/1993, ao longo do tempo foram criadas novas modalidades de parceria como a Lei n. 9.637/98 (Contratos de Gestão), Lei n. 9.790/99 (Termos de Parceria) e Lei n. 13.019/2014 (Termos de Colaboração, Termos de Fomento e Acordos de Cooperação), instrumentos que formalizam os ajustes de soma de esforços e interesses comuns mediante a transferência de recursos públicos (MANICA e WANDSCHEER, 2018, p. 717).

Com esses atos normativos há que se fazer nova leitura do § 1º do art. 199 da CRFB/88 para que o termo convênio passe a abarcar todos os instrumentos de parceria com entidades do terceiro setor em que se conjugam esforços em convergência de interesses, sendo esta a acepção ampla de convênio e, no que se refere ao sentido estrito, é a espécie disciplinada no art. 116 da Lei n. 8.666/1993 (MANICA e WANDSCHEER, 2018, p. 717).

Pontua-se que convênio em sentido estrito passou a ser utilizado no ordenamento jurídico brasileiro somente tendo como objeto a assistência à saúde, é o que se extrai dos dispositivos da Lei n. 13.019/2014 que estabelece no seu art. 84, parágrafo único, que são regidos pelo art. 116 da Lei n. 8.666/1993, convênios decorrentes da aplicação do disposto no inciso IV do art. 3º; e, no art. 3º, IV, aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos nos termos do § 1º do art. 199 da CRFB/88 (*ibidem*, p.718).

Já quanto à **terceirização**, conforme doutrina dominante, é definida como a contratação de serviços de terceiros para a realização das atividades-meio, para Di Pietro (2022, p. 280) a terceirização é inextricável da ideia de parceria, tanto que uma vertente doutrinária correlaciona a terceirização à passagem de algumas tarefas para terceiros, e nesse momento é constituída uma relação de parceria, enquanto a empresa contratante direciona seus esforços para as atividades precípuas de seu negócio. Assim a empresa tomadora de serviços dedica-se à atividade-fim e, passando as atividades-meio para outra empresa especializada nesses serviços, reduz encargos trabalhistas e previdenciários,

simplifica a estrutura empresarial e concentra-se no que é a essencialidade do seu empreendimento.

O termo *terceirização* começou a ser utilizado no final dos anos 1980 para descrever a tendência da transferência de sistemas de informações de grandes empresas para provedores externos, em inglês *outsourcing* pela junção das palavras *out* e *source*, significando fonte externa, uma estratégia de gestão que delegava a agentes externos a responsabilidade operacional de atividades que eram realizadas pela própria empresa (SILVA, 2014, p. 45).

Conforme Di Pietro (2022, p. 280), descreve-se um aspecto negativo da **terceirização tradicional** que, tendo o preço como fator decisivo, pode propiciar que a taxa de administração apresentada para atrair o tomador dos serviços da cessão de mão de obra que necessita, seja muito baixa e não cubra sequer os custos operacionais como os salários e os encargos sociais, nesse caso pode ocorrer a contratação de mão de obra sem especialização, com serviços mal prestados, com pessoas desmotivadas, baixa produtividade, alta rotatividade e muitas reclamações trabalhistas ⁶¹.

No aspecto positivo da **terceirização de parceria**, transfere-se a realização de atividades acessórias para parceiros com especialização na tarefa, e com isso a tomadora de serviços pode tornar-se mais eficiente, competitiva e com foco na sua atividade principal, o desenvolvimento dessa modalidade de terceirização presume convergência de interesses e vantagens mútuas para os parceiros de negócios, dessa forma a empresa contratada deve ser legalmente constituída para atuação no setor da atividade oferecida, com mão de obra operacional e especializada, remuneração compatível, com direitos

⁶¹ Dada a importância do múnus público da fiscalização, ainda que a presente pesquisa não tenha como escopo a análise da terceirização da cessão de mão de obra para administração pública como tomadora de serviços (na DC-SMS/PMPA esses contratos são chamados de contratos de apoio – faxina, recepção, portaria) esse instituto dá azo a grande número de reclamações trabalhistas buscando a responsabilização subsidiária do Poder Público tomador desses serviços dessas atividades-meio, por isso registra-se o entendimento com base na decisão do STF que declarou a constitucionalidade do art. 71, §1º da Lei n. 8.666/1993: “Art.71. O contratado é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato. § 1º A inadimplência do contratado, com referência aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere à Administração Pública a responsabilidade por seu pagamento (...)” (na Lei n. 14.133/2021 é o art. 121), bem como os itens V e VI da Súmula n. 331 do TST em que, em regra, à Administração Pública não incidirá responsabilização subsidiária pelo inadimplemento de obrigações trabalhistas e encargos sociais do contratado, salvo omissão ou falta de diligência na fiscalização da execução contratual.

trabalhistas respeitados e subordinação exclusiva à empresa contratada (DI PIETRO, 2022, p. 281).

Di Pietro (2022, p. 302), citando o dispositivo constitucional do art. 199, §1º, que dá a possibilidade de instituições privadas participarem de forma complementar do SUS, entende que o dispositivo afasta que o objeto do contrato possa ser o próprio serviço de saúde como um todo, ou que o particular faça a gestão de determinado serviço, e expressamente manifesta

Por isso mesmo, temos entendido que não pode, por exemplo, o Poder Público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução das atividades de saúde prestadas por um hospital público ou por um centro de saúde; o que pode o Poder Público é contratar instituições privadas para prestar atividades-meio, como limpeza, vigilância, contabilidade (...) nesses casos, estará transferindo apenas a execução material de determinadas atividades ligadas ao serviço de saúde, mas não sua gestão operacional.

Entretanto, a despeito do entendimento descrito com base na sua interpretação constitucional, a própria Di Pietro (2022, p. 302) conclui que há forte impulso de privatização na área da saúde pública e de busca de parcerias com a iniciativa privada que, em sentido diverso, está sendo implementado mediante variados instrumentos com a chancela de dispositivos de legislação infraconstitucional.

Dirime-se uma confusão comum que considera **terceirização** e **terceiro setor** como sendo o mesmo instituto, em que pese possa haver sobreposição de circunstâncias as naturezas jurídicas são diferentes. A **terceirização**, como já explanado, é a contratação de outra empresa para realização de atividades-meio, enquanto o tomador de serviços concentra-se na sua atividade-fim; já o **terceiro setor** é a expressão que refere às organizações privadas sem fins lucrativos que visam atuar em áreas de interesse público, como a saúde, educação, assistência social, dentre outras.

A terceirização no seu sentido estrito é conceituada por Dora Ramos (2001, p. 122) como sendo “aquela em que o gestor operacional repassa a um particular, por meio de contrato, a prestação de determinada atividade, como mero executor material, destituído de qualquer prerrogativa de Poder Público.”

Ambos, terceirização e terceiro setor, são institutos que envolvem contratação de serviços, a formação de parcerias com as contratantes visando eficiência e, principalmente no âmbito da administração pública, ambos fazem parte de estratégias

para redução de custos, contudo, no caso da **contratualização com o terceiro setor** na área da saúde há o objetivo de estabelecimento de **prestação de serviços de atividades-fim** com a pactuação de metas de desempenho e controle de resultados para a promoção da assistência à saúde de forma intermediada, com o Poder Público mantendo o papel regulador, o terceiro setor e as OSC vão ser mais bem detalhados nos próximos tópicos.

Para a finalidade de uniformização dos institutos e instrumentos citados tendo em vista a melhor compreensão dos dados, a delimitação das premissas para a base e ônus argumentativo da condução e conclusão da tese em tela, vai ser utilizado o termo **contratualização** para referir aos procedimentos de metas, indicadores e controle de resultados que a Prefeitura de Porto Alegre por meio da SMS pactuou com as OSC para a gestão da APS no município.

O instrumento de contratualização em que foram formalizadas as avenças pesquisadas nesse trabalho é o **termo de colaboração**, previsto na legislação afeta à contratualização pelo MROSC (Lei n. 13.019/2014).

No próximo item se detalha o terceiro setor e as OS, OSCIPs e ONGs que o constituem, vai se evitar o termo terceirização no desenvolvimento da pesquisa, por não ser tecnicamente apropriado e remeter à cessão de mão de obra de atividades-meio, que não guarda correspondência estrita à tese apresentada.

Prioriza-se o termo contratualização, os nomes que identificam as OSC específicas e o vocábulo **parceria**, para indicar a outra parte da relação contratual com o Poder Público Municipal, buscando afastar qualquer tom pejorativo, panfletário ou ativista despertado pela temática, bem como pela hipótese da tese, visando a independência possível, preliminarmente aos achados e conclusões finais.

No próximo item realiza-se o detalhamento das chamadas parcerias do terceiro setor, tendo em consideração o fato de a contratualização da APS ter ocorrido com instituto dessa categoria, ser primordial a cognição sobre os aspectos positivos e negativos das entidades civis que constituem o terceiro setor, bem como certas imputações levantadas em contratualizações em que municípios celebraram parcerias com OSS para prestação de serviços de saúde.

2.2 As parcerias com o terceiro setor

Feitas as distinções entre conceitos e naturezas jurídicas de institutos tidos como iguais, bem como descritos os instrumentos utilizados nas pactuações com o Poder Público, concentra-se, nesta seção, à análise das organizações do terceiro setor.

Pesquisas dão conta de que existem de 6 a 23 mil organizações do terceiro setor no Brasil, havendo trabalhadores e voluntários de formações e áreas diversificadas; em estudo de 1995 realizado pela Johns Hopkins University apontava-se que, indiretamente, cerca de 2% da população brasileira tinha ligações com o terceiro setor (ALBUQUERQUE, 2006, p. 13).

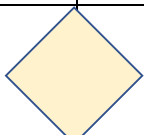
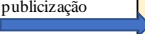

A gestão de políticas sociais vem tendo maior participação do terceiro setor por meio de uma diversidade de organizações ditas como representativas da sociedade civil, essas recebem denominações diferentes como organizações não governamentais, fundações empresariais, filantrópicas, organizações da sociedade civil de interesse público, organizações sociais, e outras associações civis sem fins lucrativos (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 37).

As OS surgiram como figura jurídica no bojo da reforma administrativa brasileira nos anos 1990, foram previstas no PDRAE como instituições a darem alternativas para melhorar a eficiência na oferta à população de serviços públicos não exclusivos do Estado, inicialmente incluídas no ordenamento jurídico por medida provisória, posteriormente positivadas pela Lei n. 9.637/1998, essa lei instituiu o Programa Nacional de Publicização – PNP com os critérios para qualificação de OS e as atividades de órgãos públicos ou entidades que estavam sendo absorvidos (LINS, 2022, p. 139-140).

O PDRAE propunha para modernizar e aumentar a eficiência da administração pública um conjunto de reformas, dentre essas, a descentralização da administração pública por meio das organizações sociais com autonomia e estabelecendo contratos de gestão com o Estado, essas executariam o setor dos serviços não-exclusivos de Estado, conforme tabela 1 a seguir. A proposta era que as universidades, escolas técnicas, os centros de pesquisa, hospitais e museus fossem transformadas em tipos especiais de entidades não-estatais – as organizações sociais, que, ao celebrarem contrato de gestão com o Poder Executivo, receberiam autorização do Legislativo e participariam do orçamento público (PEREIRA, 1997, p. 24-26 e 29).

Na exposição da reforma ao Senado, os serviços não-exclusivos estatais seriam transformados em propriedade pública não-estatal e receberiam qualificação de organização social, seria implementado programa de publicização que preservava a finalidade pública mas sob regime de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, para tanto, seriam extintas entidades e substituídas pelas OS, nessa proposta sugeriram que fossem por fundações públicas de direito privado criadas por pessoas físicas, para evitar que fossem consideradas entidades estatais, como havia ocorrido com outras fundações de direito privado criadas pelo Estado e que se submeteram às restrições publicistas. As OS receberiam os bens das entidades extintas por cessão precária, os servidores da entidade transformada passariam à categoria em extinção e estariam à disposição da nova entidade. Contratações novas seriam pela CLT, compras poderiam ser subordinadas à procedimento licitatório ou regime próprio, o instrumento da pactuação seria o contrato de gestão, sob supervisão do órgão de controle interno e do Tribunal de Contas (PEREIRA, 1997, p. 29).

Quadro 1 – Setores do Estado, Formas de Propriedade e de Administração conforme o PDRAE

SETORES DO ESTADO	FORMA DE PROPRIEDADE			FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	
	Estatal	Pública Não-Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
NÚCLEO ESTRATÉGICO Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios					
ATIVIDADES EXCLUSIVAS Polícia, Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Seguridade Social Básica					
SERVIÇOS NÃO-EXCLUSIVOS Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus	publicização 				
PRODUÇÃO PARA O MERCADO Empresas Estatais	privatização 				

Fonte: MARE – PDRAE (1995) – adaptado (PEREIRA, 1997, p. 25)

A palavra “publicização” parece ter sido utilizada intencionalmente para fazer contraposição ao termo “privatização”, considerado uma ofensa por muitos juristas, segundo Lins, embora haja dúvidas e confusão quanto à sua definição. Na regulamentação

das OS houve a publicização de quais eram as atividades a serem transferidas para execução por essas entidades: atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde. De toda forma, como essa denominação referia-se à transferência para as OS de atividades públicas que eram prestadas diretamente pelo Estado, utilizar o termo publicização para essa movimentação, nas palavras de Lins (LINS, 2022, p. 140-141) “parece ser impertinente, pois não parece possível tornar público o que já o era”.

À leitura do PDRAE, pode-se inferir que a ideia inicial da reforma era a transformação total em OS das instituições e órgãos públicos que prestavam serviços não-exclusivos, com o passar do tempo e amadurecimento dos estudos a conclusão foi de que mudança tão radical não colheria bons resultados, assim, esse modelo foi utilizado de forma pouco intensa e gradual (*ibidem*, p.141).

A expressão **terceiro setor** já é de uso consagrado pela doutrina e no meio administrativo, no entanto ainda é pouco empregada no direito positivo, quanto às suas características: a) não são criadas pelo Estado, mesmo que possa haver autorização legal⁶²; b) costumam realizar atividade privada de interesse público, aqueles serviços sociais que não são exclusividade estatal e atuam em colaboração com o Estado⁶³; c) auferem incentivo do poder público, como outorga de título de utilidade pública, subvenções orçamentárias estatais, cessão de servidores públicos, outorga para usar bens públicos; d) podem ter vínculos jurídicos com o poder público mediante convênio, termo de parceria, contrato de gestão etc; e) o regime jurídico é de direito privado com derrogação parcial de normas de direito público, que podem variar de acordo com legislação específica, e; f) são do terceiro setor por não se enquadrarem como entidades privadas (segundo setor), tampouco integram a Administração Pública (primeiro setor)⁶⁴, são consideradas organizações não governamentais (DI PIETRO, 2022, p. 335-336).

⁶² Para a instituição dos serviços sociais autônomos do sistema S há autorização legal para sua criação, porém não possuem delegação para atividades administrativas estatais, desempenham atividade privada de interesse público.

⁶³ Áreas de serviços sociais como saúde, educação e cultura, dentre outros, têm previsão constitucional de atividade aberta à iniciativa privada, não sendo exclusivos do Estado, em classificações do direito administrativo também são chamados de serviços públicos impróprios.

⁶⁴ Não é em todos os países que o Estado é considerado do primeiro setor e a iniciativa privada do segundo setor, historicamente, parece mais adequado considerar o setor empresarial como primeiro setor já que as corporações de ofício e as primeiras organizações privadas foram criadas antes dos Estados nacionais. (ALBUQUERQUE, 2006, p. 21).

Uma característica importante das OS é que não constituem nova espécie de pessoa jurídica⁶⁵, o que ocorre é uma qualificação (certificação ou titulação) que o Poder Público confere às entidades preexistentes quando estas têm preenchidos requisitos previstos na lei, é como se fosse um tipo de “credenciamento administrativo” no qual o Estado formaliza o reconhecimento de que a entidade tem aptidão para firmar parceria consigo mediante contrato de gestão. A qualificação tem caráter sempre provisório e pode ser considerada um instrumento de fomento social por envolver benefícios estatais para entidades privadas sem fins lucrativos atuantes em áreas de interesse coletivo, ademais, a razão da existência da qualificação jurídica como OS somente se justifica quando o Estado tem interesse em fazer parceria com essa entidade, do contrário, essas qualificações são inúteis (LINS, 2022, p. 143 e 146).

Ressalta-se que as OS ainda têm a possibilidade de acumular dupla certificação, adicionando à qualificação obtida pelo ente público para atuar como organização social àquela conseguida como instituição filantrópica da Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social – CEBAS^{66,67}, o que lhes permite auferirem mais benefícios tributários com imunidade a impostos e isenções fiscais dos entes federativos federal, estadual e municipal (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 8)⁶⁸.

⁶⁵ Esse ponto é importante pois no caso das parcerias feitas para administração da APS em Porto Alegre, as OSC que assumiram a APS são entidades há muito conhecidas por já prestarem serviços hospitalares, como os hospitais Santa Casa, Vila Nova e a PUC, e não organizações que vieram de fora e constituíram uma pessoa jurídica para esse fim.

⁶⁶ Para obtenção do registro a entidade deve demonstrar que nos 3 anos antecedentes à solicitação era legalmente constituída e estava em funcionamento, inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social de sua cidade e registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, à aprovação expede-se certificado de entidade de fins filantrópicos com validade de 3 anos, a vantagem é a isenção da cota patronal da contribuição da previdência incidente sobre a folha de pagamento da entidade, dependente de procedimento do INSS (ALBUQUERQUE, 2006, p. 45). O CEBAS é concedido pelo MS à pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, tendo reconhecimento de Entidade Beneficente de Assistência Social com finalidade de prestar serviços na área de saúde, possibilitando às entidades a isenção de contribuições sociais, de acordo com a Lei n. 8.212/ 1991, bem como celebrar convênios com o poder público. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dcebas>. Acesso em 18 de dez. 2022.

⁶⁷ A LC n. 187/2021 regulamenta a certificação das entidades beneficentes e os procedimentos para imunidade de contribuições à seguridade social, dentre outros requisitos, para ser certificada a entidade de saúde precisa celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS (art. 9º, inc. I) e; comprovar anualmente a prestação de serviços de saúde em percentual mínimo de 60% ao SUS (art. 9º, inc. II).

⁶⁸ A renúncia à arrecadação pelo Estado para contratualizar com entidades privadas sem fins lucrativos é discutida judicialmente entre a OS Viva Rio e a Receita Federal, em questionamento pelo não recolhimento de tributos. Há investigações pelo Ministério Público do Rio de Janeiro sobre as relações entre a gestão

As organizações da sociedade civil integram, portanto, o terceiro setor – organizações sem fins lucrativos – da expressão originária do anglicismo *third sector* e sua correlação com *non profit organizations*, sendo entidades privadas que desenvolvem ações de interesse público cujo objetivo final não é o lucro, na Lei n. 13.019/2014 disciplinou-se inovação legal com a instituição da exigência procedimental do chamamento público para seleção da parceria a ser contratualizada pela administração pública, procedimento que não se confunde com o regime licitatório, e que visa a transparência, isonomia e monitoramento no período em que houver vigência da parceria (SANTANA, ARAÚJO, *et al.*, 2021, p. 34).

O vocábulo “caridades” ou *charities* como também são legalmente chamadas as organizações do terceiro setor na Inglaterra, demonstra a origem histórico-medieval da palavra e a sua ligação com as obrigações religiosas, a expressão “filantropia” ou *philantropy* é utilizada mais contemporaneamente (ALBUQUERQUE, 2006, p. 18).

Há predominância da expressão “organizações não-governamentais” (ONGs) na Europa continental, o que advém do sistema da Organização das Nações Unidas que nominou assim as organizações internacionais que não representavam os países de origem, mas que atuavam de forma relevante em certas causas, justificando presença oficial na ONU. Nas décadas de 1960 e 1970, programas de cooperação internacional incentivados pela ONU para o desenvolvimento nos países do Terceiro Mundo provocaram a multiplicação de ONGs europeias, estas formaram parcerias em muitos países e foram surgindo no hemisfério sul (*ibidem*, p.18).

Em manual redigido pela Divisão de Estatísticas das Nações Unidas e Universidade Johns Hopkins distinguiram-se certos aspectos das instituições sem fins lucrativos, essas organizações devem ser formalmente organizadas e estruturadas internamente e elencarem objetivos formais, são entidades privadas e separadas institucionalmente do governo, têm autonomia administrativa, não distribuem lucros aos proprietários ou administradores e possuem alto grau de participação cidadã ou de voluntários (*ibidem*, p.19-20).

municipal e as OS por suspeita de corrupção na saúde por desvio de recursos, há denúncias de que a OS IABAS locupletou-se demasiadamente nos dois mandatos de Eduardo Paes (2008-2011 e 2012-2016).

Na América Latina e Brasil é utilizada a expressão “sociedade civil”, que pode representar um grupo de associações e organizações independentes, que não pertencem ao Estado e não tem intuito econômico, contudo há interlocução com o campo público e social, desse modo “organizações da sociedade civil” é denominação para instituições distintas do Estado, mas que promovem direitos coletivos (ALBUQUERQUE, 2006, p. 18-19).

As entidades do terceiro setor denominadas Organizações Sociais (**OS**), bem como as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (**OSCIP**), são organizações não governamentais que obtém qualificação do poder público com o preenchimento de certos requisitos, conforme já referido, para prestação de atividades de interesse público e firmando parcerias com o poder público sob diversos instrumentos de contratualização. Os contratos de gestão são o instrumento jurídico da parceria do Estado com as OS e, o termo de parceria é o instrumento utilizado com as OSCIP (DI PIETRO, 2022, p. 334), contudo, nem sempre há essa correspondência entre o instrumento usado e o tipo da entidade do terceiro setor.

As Organizações da Sociedade Civil (**OSC**) foram estabelecidas no âmbito da Lei 13.019/2014 e compreendem as entidades privadas sem fins lucrativos que não façam distribuição de lucros, as sociedades cooperativas previstas na Lei n. 9.867/1999 integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social, e as organizações religiosas dedicadas a atividades ou projetos de interesse público, essa lei somente vai se aplicar às OS ou às OSCIPs se não cumprirem os requisitos das Leis n. 9.790/1999 e 9.637/1998. Conforme Di Pietro (2022, p. 334), a Lei n. 13.019 denominou genericamente como **Organização da Sociedade Civil – OSC** os vários tipos de entidades do terceiro setor sem ter alterado os nomes dados por outras leis, também definiu como instrumentos de parceria expressões genéricas como termo de colaboração, termo de fomento e acordo de cooperação.

As organizações do terceiro setor atuam como não-estatais e não-mercantis, caracteristicamente privadas, mas sem fins lucrativos, possuem objetivos sociais, públicos ou coletivos, assim como o Estado, sendo alternativas para assumirem as atribuições sociais do Estado, que por sua vez, passa a ter um papel de regulador (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 2).

Conforme Di Pietro (2022, p. 337), é patente a intenção do legislador que regulamentou as organizações sociais de esquivá-las ao regime jurídico imposto às entidades da Administração indireta, tais como a obrigação de licitar e de concurso público, contudo, em se tratando de institutos que administram bens e dinheiro público, não há como esquivarem-se completamente de regras de direito público, sob risco de inconstitucionalidade aos dispositivos que fundamentam a Administração Pública, desse modo certas liberalidades inaugurais já foram revertidas pelo Tribunal de Contas da União, e alterações legislativas subsequentes já foram feitas, ainda que não se enquadrem no conceito de Administração indireta, não podem se esquivar do conceito de entidade paraestatal e, conseqüentemente, imposição parcial de normas de direito público.

Carlos Ari Sundfeld (2014, p. 76) traz um ângulo elucidativo para esse ponto, explica que o direito público não é o direito do Estado no sentido de ser aplicado somente àquelas relações das quais as entidades estatais façam parte, assim como o direito privado não é aquele diploma normativo aplicado nas relações encetadas pelos particulares, o que é “público é o direito das **atividades estatais**, enquanto o privado é o direito das atividades dos particulares”, por isso as entidades privadas como as OS que recebem recursos públicos para a realização de atividades de interesse coletivo, necessariamente vão ter irradiação do regime jurídico administrativo sobre essas atividades (LINS, 2022, p. 149).

Nessa toada, o Poder Público realiza o controle dos resultados periodicamente por meio de comissão de monitoramento e avaliação qualificada para a função, à obrigação de fiscalizar cabe ao Estado o poder-dever de orientar, intervir e aplicar penalidades às entidades parceiras, há responsabilidade da fiscalização de dar ciência ao Tribunal de Contas se identificar irregularidades ou ilegalidades na utilização dos recursos pelas OS, portanto, soma-se ao controle interno do órgão da Administração Pública, responsável pela fiscalização da OS, o controle externo pelo Congresso Nacional, Tribunal de Contas e o controle social. Reitera-se que não é a natureza da entidade que obriga a prestação de contas, e sim a origem pública desse bem administrado ou dos recursos geridos (LINS, 2022, p. 175-177).

A Lei n. 9.637/ 1998, que regulamentou a Medida Provisória n. 1.591 de 9 de outubro de 1997, deu base para transformações na esfera da sociedade civil, dispondo

sobre o PNP, conforme já comentado e, com relação às organizações sociais – OS, o instrumento de contrato de gestão, e conferiu-lhes a qualificação para atuarem em cooperação com a administração pública, daí por diante sobrevieram novos regimes de contratualização para as chamadas parcerias público-privadas (VACCARO e GOMES, 2022, p. 31).

A Lei n. 9.790/1999 dispôs sobre a qualificação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, PJ de direito privado sem fins lucrativos e disciplinou o termo de parceria. O que diferencia a OS da OSCIP é “que a OS recebe ou pode receber delegação para a gestão de serviço público, enquanto a OSCIP exerce atividade de natureza privada, com a ajuda do Estado”, no caso da OSCIP, estando qualificada, começa a receber incentivo do Estado para fomento de sua atividade, segundo Di Pietro, a lei que qualifica a OSCIP possui requisitos mais rigorosos o que propicia maior estruturação da OSCIP em relação à OS (DI PIETRO, 2022, p. 376).

Outra diferenciação entre as entidades do terceiro setor OS e OSCIP é que a OS somente é qualificada ao celebrar contrato de gestão com o Poder Público, já a OSCIP recebe a outorga quando preenche os requisitos da lei, independentemente de firmar com o Poder Público um termo de parceria (*ibidem*, p.376-377).

As OS são entidades privadas constituídas pela iniciativa do particular, obtendo a qualificação como organização social por disposição do poder público que o faz com o objetivo de transferir-lhes a gestão de serviços públicos; as OS regulamentadas pela citada Lei Federal n. 9.637/1998, mesmo que integrem o terceiro setor, possuem uma singularidade de, via de regra, substituírem o poder público à prestação de alguma atividade em que assumem a gestão de bens de patrimônio público e até, por vezes, servidores públicos, recebendo os recursos financeiros públicos, assim

No que diz respeito ao objeto do contrato de gestão que as vincula ao poder público, pode-se afirmar que se constitui, em regra, não como atividade privada de interesse público (serviços sociais não exclusivos do Estado, como as demais entidades do terceiro setor), mas como serviço público social de titularidade do Estado, a elas transferido mediante delegação feita por meio de contrato de gestão (DI PIETRO, 2022, p. 338).

Nesse aspecto as OS assemelham-se às concessionárias de serviço público, diferenciando-se pelo fato de não receberem a contrapartida financeira diretamente dos

usuários, uma vez que são financiadas pelo erário público do ente político que fez a qualificação, maior aproximação ainda dá-se em relação às parcerias público-privadas no modelo de concessão administrativa, pois há a delegação da atividade pelo Estado, que a financia inteiramente, sem embargo, no caso das concessões administrativas a entidade privada tenha fins lucrativos, as OS não podem ter fins lucrativos (DI PIETRO, 2022, p. 338).

As OS, portanto, podem atuar em substituição da gestão de um serviço público social que estava sendo gerido pelo Estado, uma atuação substitutiva via descentralização por colaboração, pode inclusive assumir a transferência da estrutura física e de pessoal de entidade ou órgão que tenha sido extinto e, substituindo-o, passar a prestar os serviços sociais por meio de contrato de gestão com o Poder Público, essa transferência da gestão para a OS não é integral, é a chamada parceria, dessa forma o Estado que assina o contrato de gestão com a organização social transfere-lhe a responsabilidade da gestão operacional e a execução material dos serviços, retendo a responsabilidade da gestão estratégica, exigindo o cumprimento de metas a serem alcançadas e fiscalizando a entidade (LINS, 2022, p. 150-151).

Em que pese as OS submetam-se ao regime jurídico de direito privado, uma vez que estabeleçam parcerias com a Administração Pública mediante contratos de gestão, conforme já comentado, passam a receber ao menos parcialmente a influência do regime jurídico de direito público, com graus variados de incidência dependendo da espécie de contratualização firmada (*ibidem*, p.144).

Assenta-se, portanto, que as atividades que as OS passam a prestar em substituição ao Estado configuram serviços públicos, inobstante a semelhança aos institutos da concessão e da permissão, não há a perfeita compatibilização dessa delegação de serviços públicos no caso das organizações sociais que se substituem ao Poder Público na prestação de serviços sociais uma vez que esses são de prestação livre aos particulares interessados, ou seja, o art. 175 da CRFB/88 não se refere aos serviços públicos sociais e sim àqueles de natureza comercial e industrial, por isso a transferência das atividades para as OS não se enquadra em delegação (*ibidem*, p.153).

Para Maria Paula Dallari Bucci (2002, p. 27), as parcerias criadas sob novos marcos normativos são rearranjos de relacionamento público-privado cuja profundidade

de relação estabelece atritos a princípios muito caros à Administração Pública, como o princípio da impessoalidade, diretriz burocrática paradigmática de inspiração weberiana, isso ocorre pois o parceiro ambiciona não ser um contratante selecionado anonimamente, mas entidade que estabelece a busca de interesses afins.

Contudo, parte da doutrina compreende que se trate de uma espécie de delegação atípica, **por colaboração**, uma vez que mesmo que essa transferência de serviços públicos sociais seja aberta à realização pela iniciativa privada, o exercício dessas atividades às OS é transferido com o apoio do Estado, essa delegação imprópria colocaria as OS “em uma zona intermediária entre as empresas delegatárias do serviço público e a Administração Indireta”. O que, conforme Lins, resumidamente, significa “quando a Organização Social atua em substituição ao Estado, oferece serviços públicos à população, em um regime de delegação atípica, equivalente à **descentralização por colaboração**” (LINS, 2022, p. 153-154).

No exercício de atividade estatal de fomento não há a transferência das estruturas do Estado para a OS, há o repasse de recursos materiais ou humanos para a realização de serviços mediante contrato de gestão entre o Estado e a OS, essa atuação complementar da OS é considerada uma espécie de parceria por meio do exercício da função estatal de fomento, na qual se incentiva os particulares à execução de tarefas de interesse (*ibidem*, p.155).

A parceria entre o setor público e as OS firmada pelo instrumento jurídico de contrato de gestão estabelece, além da prestação de serviços com metas e resultados especificados para um período, o compromisso de transparência e responsabilização. Ao selar a parceria o Poder Público outorga autonomia gerencial às OS, ao mesmo tempo que deve monitorar e exigir o alcance dos resultados estipulados (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 2).

Esses contratos de gestão podem sofrer repactuações mediante os chamados termos aditivos, em que novas combinações podem ser feitas ajustando-se às situações concretas no decorrer da prestação do serviço, essa possibilidade para modificações de cláusulas contratuais é relevante porque, apesar de pouco mencionadas quando se discute gestão pública, há associação entre o maior dispêndio de recursos financeiros para as entidades do terceiro setor e o quantitativo de termos aditivos, essa relação foi apontada

em estudo sobre as 10 mais atuantes OS no eixo Rio-São Paulo de 1998 a 2015 (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 2).

As OS têm a natureza jurídica de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, nos termos do capítulo I da Lei n. 9.637/1998, sendo o setor da saúde uma das possibilidades de atividades das OS. Essas entidades, obrigatoriamente, precisam fazer a publicação de seus relatórios financeiros e relatórios de execução do contrato de gestão no diário oficial a cada ano, nos termos do art. 2º, inc. I, letra “f” (BRASIL, 1998).

Frise-se que o que caracteriza a finalidade não lucrativa das OS e OSCIP é a obrigatoriedade de que eventual lucro ou superávit seja destinado à finalidade social e desenvolvimento dos objetivos institucionais, no caso de instituições privadas que visam lucro, há a distribuição dos lucros entre os sócios. A entidade sem fins lucrativos é definida pelo legislador na Lei n. 9.790/1999, no seu art. 1º, §1º, como aquela em que

Para os efeitos desta Lei, considera-se sem fins lucrativos 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.

A comprovação do caráter sem fins lucrativos de uma organização é demonstrada pela comprovação de que todas as receitas e despesas são aplicadas de acordo com os objetivos definidos no Estatuto Social, sendo assim “é obrigação indissociável ao caráter de entidade ‘sem fins lucrativos’ o dever de comprovar a aplicação de receitas e despesas na consecução de sua finalidade social”. Ainda sobre a finalidade não lucrativa, a remuneração dos dirigentes⁶⁹ das OS não constitui lucro e, portanto, não desborda da qualificação de entidade privada sem fins lucrativos (STORTO, 2013, p. 366-367).

No art. 3º da lei das OS estão os requisitos para estruturação e composição do Conselho de Administração, que exige que 20 a 40% dos membros natos sejam representantes do Poder Público, inc. I, letra “a”, esse conselho, dentre outras atribuições,

⁶⁹ A Lei n. 9.637/ 1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais no seu art. 7º estabelece que o contrato de gestão siga os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e no inc. II que deve ter no contrato de gestão a estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das OSs, no exercício de suas funções. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em 5 de maio de 2023.

fixa a remuneração dos membros da diretoria da entidade (art. 4º, inc. V) e fiscaliza o cumprimento das diretrizes e metas do contrato de gestão, bem como deve “aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa” (art. 4º, inc. X). Destacam-se dispositivos que pretendem instituir transparência e controle.

O monitoramento e avaliação das OS, de acordo com a legislação, deve ser feito a partir do plano de trabalho aprovado na contratualização, neste estão as metas e prazos da execução do objeto e os critérios estabelecidos para mensurar o desempenho, o que é feito por meio de indicadores de produção físico-financeira e de qualidade, os tetos financeiros das despesas com remuneração dos dirigentes e empregados entram no âmbito do controle e *accountability* da parceria estabelecida entre a OS e o ente público (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 68).

O que foi pactuado no contrato de gestão passa, portanto, a ser monitorado na forma de “responsabilização pelo controle de resultados” por uma Comissão de Monitoramento e Avaliação constituída para esse fim e sob a condução e responsabilidade do ente público que delegou a prestação de serviços e o remunera, demais órgãos de controle, como setores de Auditoria e o Tribunal de Contas, têm o dever e as prerrogativas para supervisionar as contas e os procedimentos administrativos das parcerias em que o poder público faça parte (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 68).

Além do controle interno do órgão do poder público que contratualizou a OS, dos controles de Auditoria em Saúde e do Tribunal de Contas, os relatórios conclusivos que informam os demonstrativos de execução de produção e qualidade das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde para o poder público devem ser disponibilizados ao controle social.

O instrumento mais comumente usado para formalização de parcerias entre o ente público e as entidades do terceiro setor costumava ser o convênio, previsto na Lei n. 8.666/ 1993. Na Lei n. 9.637/ 1998 aparece o contrato de gestão como o apropriado para formalização das parcerias entre Estado e OS, na Lei n. 9.790/ 1999 há previsão de termo de parceria para quando a formalização for entre ente estatal e as OSCIP, a Lei n. 13.019/ 2014 dispõe os instrumentos como sendo termo de colaboração e termo de fomento para

parcerias entre poder público e as OSC, a Lei n. 13.204/ 2015 adicionou aos dois instrumentos anteriores o acordo de cooperação (DI PIETRO, 2022, p. 340).

O termo de colaboração é o instrumento utilizado nas contratualizações da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre com as OSC que gerenciam a APS, previsto na Lei n.13.019/2014, refere-se ao instrumento de formalização de parcerias entre a administração pública e OSC na busca de finalidades de interesse público e recíproco, envolvendo a transferência de recursos financeiros, sendo a proposição feita pela administração pública.

Na Lei n. 13.019/2014, o segundo dos três instrumentos previstos é o termo de fomento que é o utilizado na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre para formalização dos repasses de recursos das emendas individuais impositivas dos parlamentares às entidades que prestam serviços ao SUS, conceitualmente semelhante ao termo de cooperação descrito acima, com a diferença legal de que a proposta é das OSC. O último instrumento previsto é o acordo de cooperação, neste a diferença é que não há transferência de recursos financeiros.

Em estudo que fez levantamento de resultados das organizações sociais de saúde em São Paulo o quantitativo de OS qualificadas no âmbito subnacional até o final do ano de 2007 era de 70, a maior concentração dessas entidades estava na região Sudeste e Nordeste, sendo o setor da saúde a principal área de atuação e largamente utilizado na prestação de serviços na rede estadual paulista (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 68).

Em compilado de alguns trabalhos sobre as OS foi constatada uma capacidade produtiva maior de serviços sem aumento significativo dos custos, quando feito o comparativo com hospitais públicos de administração direta, tendo havido maior número de internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais e de urgência nos hospitais administrados pelas OS (*ibidem*, p.73).

Nesse estudo paulista foi demonstrado que nove entre dez dos mais eficientes nosocômios tinham sua administração feita por OS e, ainda que o orçamento fosse 8,1 % maior do que os hospitais da administração direta, o custo médio era cerca de 25% menor, além disso, no que concerne à gestão de pessoal, houve vantagens no fato de haver autonomia na contratação, promoção e demissão de funcionários, permitindo a seleção

dos melhores profissionais pelos dirigentes das OS, em consonância com os objetivos organizacionais (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 73).

Há maior flexibilidade de se contratar pela CLT, em comparação ao Regime Jurídico Único da administração direta, uma vez que os servidores públicos somente podem ser exonerados mediante falta grave comprovada em procedimento burocrático, de modo que o desempenho do servidor não tenha grande influência na sua permanência ou progressão na carreira pública (*ibidem*, p.73).

Esse modelo gerencial e de contratualização no estado de São Paulo foi pioneiro e inspirou outros estados, na audiência realizada na Assembleia Legislativa de São Paulo (ALESP), antecedendo a adoção do modelo de OS para saúde, o debate listou como pontos negativos: (i) representava a privatização da saúde; (ii) mais dificuldades para realização do controle social; (iii) o projeto de LC para OS desconsiderava o Código Estadual de Saúde; e (iv) a discricionariedade do Poder Executivo para a qualificação das OS criava obstáculos para a adequada responsabilização das entidades (*ibidem*, p.72).

Os pontos positivos principais citados na audiência na ALESP, já mencionados em relação à NGP, são a maior flexibilidade desse modelo de gestão e o controle dos resultados (*ibidem*, p.68-72). Na cidade de Porto Alegre o modelo gerencialista de resultados por meio da contratualização de entidades qualificadas como OS passou a ser adotado em parte majoritária da APS a partir de 2020.

No que concerne à *accountability*, o TCE de São Paulo relata problemas na prestação de contas das OS paulistas, foi identificada a ausência de relatórios que deveriam ser elaborados pela Secretaria da Saúde numa periodicidade pelo menos anual com a análise dos resultados, e mesmo 7 anos depois da celebração dos contratos de gestão esses relatórios com a análise dos resultados não haviam sido feitos, uma omissão grave do Poder Executivo, e ainda assim nenhuma punição foi aplicada, limitando-se a sugestões para serem corrigidos os procedimentos (*ibidem*, p.76).

Os problemas de *accoutability* identificados em estudo sobre as OS paulistas deveram-se à baixa participação dos parlamentares da ALESP na fiscalização, inclusive com redução das reuniões da Comissão de Avaliação, bem como da falta do controle social, a principal crítica é de que essa baixa ativação dos instrumentos de responsabilização por parte das instituições de controle sobre os contratos de gestão com

as OS deve-se a um insulamento e hipertrofia do Poder Executivo, e este, quando é demandado por deter o controle e a fiscalização direta, não tem sido capaz de dar respostas adequadas (SANO e ABRUCIO, 2008, p. 76-77).

Análise investigativa sobre os repasses financeiros da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ às OS, demonstrou que em 2009 começaram as primeiras contratualizações do município do Rio de Janeiro com essas organizações e, seguindo orientações centrais de planejamento estratégico à saúde, foram criados editais de chamamento público para as OS, nesses editais as 15 OS vencedoras do certame responsabilizaram-se por todos os serviços de saúde de uma região que era mapeada de acordo com o conceito de territorialização, incluindo hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), UPA 24 horas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e clínicas da família (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 3).

Entre 2009 e 2018, a SMS-RJ repassou R\$ 7,2 bilhões de reais para as OS, relacionados aos 61 contratos de gestão firmados, e R\$ 8,6 bilhões de reais em decorrência dos termos aditivos, os valores dos termos aditivos representaram valores 119,4% maiores do que o previsto no contrato de gestão inicial (*ibidem*, p.4).

Dentre o ranking das OS que receberam mais recursos públicos da parceria com a SMS-RJ, em primeiro lugar o Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS recebeu R\$ 4 bilhões de reais, em segundo lugar a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM que recebeu R\$ 3,7 bilhões de reais e, em terceiro lugar a entidade Viva Comunidade/ Viva Rio, tendo recebido R\$ 3,4 bilhões de reais no período avaliado (*ibidem*, p.5).

O registro dos recursos financeiros repassados às OS⁷⁰ pela SMS-RJ para prestar serviços de saúde tem relevância na medida que esses correspondem a uma fatia significativa do orçamento municipal destinado à saúde. No ano de 2014 esses valores transferidos às OS representaram 62% de todo o orçamento municipal de saúde, e fundamentalmente, nessa análise, demonstrou-se que esses recursos financeiros eram transferidos em contrapartida a “tipos e quantidades de serviços incluídos ou excluídos” nos contratos ou termos aditivos sem a devida clareza e transparência que permitissem o

⁷⁰ Esse mesmo estudo mostrou associação direta entre o aumento de recursos financeiros às OS e as eleições municipais do Rio de Janeiro, pleitos de 2012 e 2016.

devido monitoramento e execução dessas contratualizações (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 6-7).

A investigação que rastreou os recursos financeiros repassados da SMS-RJ às OS entre 2009 e 2018, mediante contratos de gestão e termos aditivos, concluiu que

os usos desses instrumentos jurídicos estão distantes das intenções preconizadas como ferramenta administrativa que prevê transparência e responsabilização. Faz-se necessário, portanto, argumentar sobre o poder outorgado à Administração Pública na liberdade do uso dos contratos de gestão, assim como ações arbitrárias e flexibilizações no regime jurídico administrativo, colocando em xeque os princípios constitucionais brasileiros (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 9).

No entendimento de Di Pietro, para que houvesse harmonização do instituto das OS com os princípios constitucionais que regem a gestão do patrimônio público, tendo em vista que essas entidades acabam administrando vultosos recursos públicos, haveria necessidade de licitação para escolha isonômica da entidade mais bem qualificada; comprovação de existência prévia da entidade, sede própria, patrimônio, capital dentre outros constitutivos da PJ, evitando que entidades amadoras se aventurem com o fim *ad hoc* de se qualificar à OS; comprovação de idoneidade financeira para administração de patrimônio público; submissão a princípios de licitação se utilizar recursos públicos para celebração de contratos com terceiros; definição de limites de proventos aos empregados já que se tratam de recursos públicos; e prestação de garantias, como as exigências dos contratos administrativos gerais (DI PIETRO, 2022, p. 359-360).

Preponderante na saúde, dada a difusão do uso desse modelo de parcerias no setor, mas também na educação, são os dois serviços sociais do espectro de ação das OS que acumulam mais críticas e posicionamentos contrários ao instituto, há razoável consenso sobre a atuação do terceiro setor nos serviços sociais relacionados ao meio ambiente, à cultura, à pesquisa e tecnologia, nada obstante, são as parcerias para prestação de serviços de saúde e de educação pública as mais fustigadas pelos detratores do modelo gerencial dos contratos de gestão (LINS, 2022, p. 263).

Uma das principais críticas ao modelo de parcerias com as OS é de que configurariam uma privatização ou terceirização de serviços públicos, para Lins (2022, p. 263), tendo em vista não haver a prerrogativa da passagem da gestão integral do serviço

público à entidade privada, somente a gestão operacional, permanecendo a gestão estratégica sob o encargo estatal, não há que se falar em terceirização ou privatização no sentido jurídico desses termos.

Quanto a certa tendência ao proselitismo que o tema provoca, cabe aqui uma reflexão, as diretrizes do SUS e o acesso à saúde pública, universal e gratuita não precisam, necessariamente, ser prestadas diretamente pelo Poder Público sob o regime jurídico público no seu mais alto grau de incidência, a prestação de serviços de saúde ser qualificada, pública e seguindo o arcabouço principiológico e as diretrizes do SUS é mais importante do que se o interlocutor que proveu os serviços qualificados é da livre iniciativa ou da administração pública direta.

Nessa linha de apego maior ao procedimento publicista do que ao valor que se busca proteger, em questionamento provocador, Marques Neto (MARQUES NETO, 2011, p. 63-64) lista uma série de coisas que se distanciam da finalidade em si, que é a prestação de bons serviços públicos de saúde, para

(...) o importante é que o médico seja servidor público concursado. Que o medicamento, o bisturi sejam comprados por licitação pública. Que o tomógrafo tenha plaqueta de patrimônio do ente estatal. Se isso ocorrer, o serviço pode falhar e o doente morrer por falta de atenção, mas estaremos diante de saúde pública.

Em resposta a essa crítica, portanto, os defensores do novo modelo convergem para o fato de que o importante é que o Estado garanta a prestação de serviços à população com o amplo acesso e uma oferta de serviços de qualidade e gratuidade, independentemente de ser prestada pela Administração Direta ou pelas OS. Para os usuários o mais relevante é que os serviços de saúde sejam suficientes, quantitativa e qualitativamente, o indivíduo não se importa se vai ser atendido em hospital situado em imóvel próprio do Estado, se os medicamentos foram produzidos por fábricas estatais ou privadas, se tem origem nacional ou estrangeira. Em suma, é irrelevante para a população se é o Poder Público ou o particular a executar os serviços públicos (LINS, 2022, p. 264-265).

Outra crítica é que a transferência da gestão operacional de serviços públicos ao terceiro setor consistiria numa burla ao regime jurídico administrativo, como já citado, Maria Sylvia Zanella Di Pietro considera que é muito claro que o legislador buscou a fuga

do regime jurídico de direito público, nesse sentido também Maria Paula Dallari Bucci entende que as OS seriam “entidades fantasma” criadas para burlar o regime jurídico administrativo. Em resposta, Bernardo Wildi Lins (2022, p. 266) contrapõe que o modelo de parcerias com OS não implica na completa supressão do regime jurídico administrativo e dos controles formais prévios habituais.

Ademais, retoma Lins, todo o regramento das parcerias com as organizações sociais está normatizado, o Direito é conquista da sociedade contra o abuso de poder, e o arcabouço normativo faz parte de uma ciência social criada pelo homem, tem caráter instrumental, está a serviço do homem, não seria razoável que os homens ficassem reféns do direito se este não se adéqua às circunstâncias da sociedade, não se pode cancelar a estagnação, ainda mais se os modelos até então disponíveis mostram-se insuficientes e ineficientes (*ibidem*, p.266-267).

Para assentar os principais pontos dos posicionamentos divergentes, discute-se a ADI n. 1.923/DF (BRASIL, 2015a) proposta pelo Partido dos Trabalhadores – PT e pelo Partido Democrático Trabalhista – PDT em dezembro de 1998 contra a Lei n. 9.637/1998, que criou as OS, e o inciso XXIV do art. 24 da Lei n. 8.666/1993 incluído pela Lei n. 9.648/1998, esses partidos propuseram a ação contra esses dispositivos legais por considerarem que eram forma de fugirem das licitações públicas, uma burla ao art. 37, II da CRFB/88 que determina obrigatoriedade de concursos públicos para contratação de pessoal e, que havia transferência de dinheiro público às OS sem critérios legítimos na seleção e no controle social dessas organizações, esse conjunto normativo seria inconstitucional por configurar um subterfúgio para a continuidade da privatização e “levaria ao fim do Estado brasileiro, valorativamente concebido” (VERONESE, 2011, p. 59).

A ADI n. 1.923 tramitou por mais de 16 anos, na petição inicial da ação distribuída em 1/12/1998 ao Min. Ilmar Galvão, os proponentes informaram que, pela lei das OS, as entidades públicas, criadas por lei, são extintas e substituídas por entidades privadas, criadas por particulares, sob indução do Estado, o objetivo concebido pelo PDRAE no MARE já era que os serviços públicos não exclusivos fossem transferidos mediante o PNP que transformava as atuais fundações públicas em OS, assim, bens e recursos públicos passam a ser geridos por regime privado com “ganho de agilidade e qualidade

de seleção, contratação, manutenção e desligamento de funcionários” e “expressivo ganho de agilidade e qualidade nas aquisições de bens e serviços, uma vez que seu regulamento de compras e contratos não se sujeita ao disposto na Lei n. 8.666” (BRASIL, 2015a). Assim, se trataria de

um processo de “privatização” dos aparatos públicos, por meio da transferência, para o “setor público não-estatal”, dos serviços nas áreas de ensino, saúde e pesquisa, dentre outros, transformando-se as atuais fundações públicas em organizações sociais, (...) “uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, e a sociedade a que serve”, aumentando a “eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor”. Essa nova forma de descentralização, defendida pelo Exmo. Sr. Presidente da República como a salvação para o Estado brasileiro, sustenta-se, portanto, no endeusamento da forma privada de gestão – e para isso visa afastar da esfera estatal e do regime jurídico administrativo a prestação dos serviços transferidos às organizações sociais (BRASIL, 2015a, petição inicial, p.21).

Por meio de singela “qualificação” por ato do Chefe do Poder Executivo e celebração de “contrato de gestão” as OS podiam absorver atividades anteriormente prestadas pelo Estado, gerindo e aplicando recursos oriundos do orçamento público sem submissão às limitações dos órgãos e entidades estatais. Nessa afirmação estabelece-se o compêndio da petição inicial dos proponentes da ADI com relação à precariedade da institucionalização do modelo de parcerizações do Estado com as organizações sociais (*ibidem*, p.19-21).

Afirmam ser um equívoco a ideia de que o caminho para garantir eficiência e qualificação dos serviços públicos sociais necessita da reforma do aparelho estatal mediante a transferência das atividades para entidades privadas, uma descentralização do aparelho estatal ao setor privado por meio de parcerias em que estes assumem a gestão de bens, recursos e serviços antes prestados por entidades estatais da administração indireta, a “descentralização que deixa de ser por serviços, técnica ou funcional e que passa a ser descentralização por colaboração (...)” (*ibidem*, p.32).

Além disso, essas entidades têm autonomia financeira e de administração, recebendo os recursos públicos, sem sujeição aos riscos da atividade uma vez que os valores estão assegurados pelo orçamento do Estado, não precisam de investimento prévio, tampouco patrimônio próprio já que assumem a gestão do aparelho público cedido e

não ampliam necessariamente a prestação de serviços, pois se prestam a **substituir** ente público **preexistente**. Permanecem **públicas no que convém**, mas **privadas no que interessa** à maior “flexibilidade de gestão”. **Muda-se a roupagem sem, contudo, modificar-se a essência**, exceto no que é necessário para o gozo das “vantagens” da gestão privada. Mas repetindo a lição do Exmo. Sr. Ministro Carlos Velloso, “*as distinções assentam-se na natureza das coisas, e não no rótulo*” (BRASIL, 2015a, petição inicial, p.33).

Ainda, sem embargo ao risco de se estar caminhando para privatização, alertam que o mais grave é que pode ocorrer a “verdadeira feudalização ou apropriação clientelista e patrimonialista dessas entidades” uma vez que ao receberem recursos do orçamento público podem acessar outras benesses de “prestação de serviços, doações, legados, financiamentos, etc” (*ibidem*, p.34).

Há receio de que esse modelo reduza os recursos destinados à saúde, à educação e à assistência social ao longo do tempo e, mesmo que o ministro do MARE tenha afirmado que se manteria o orçamento para esses setores, alertam os proponentes da ADI, as suspeitas haviam sido confirmadas por declarações do governo de que, inicialmente, não haveria nenhuma economia para o Estado, e os repasses seriam os mesmos para financiar dos setores, que os pagamentos dos salários dos funcionários contratados depois da transferência dos serviços às OS seria regido pela CLT, sem estabilidade, e os servidores estatutários remanescentes manteriam as prerrogativas do regime jurídico único, contudo, com as aposentadorias desses últimos, o Tesouro deixaria de repassar esses valores e as vagas se extinguiriam (*ibidem*, p.33).

Por sua vez, o Acórdão do STF emitiu a maioria dos votos dos ministros no sentido da corroboração da possibilidade de que o gestor público possa se valer desse modelo de parcerias do Estado com as OS para gestão operacional da prestação de serviços públicos sociais, decidindo pela constitucionalidade da Lei n. 9.637/1998, com as considerações que se passa a apresentar.

No voto do Min. Ayres Britto, que entende pela constitucionalidade da lei das OS para prestação de serviços sociais em parceria com o Estado, expõe sua contrariedade ao passo anterior à formação do contrato, quando ocorre o credenciamento das OS e sua qualificação a fim de firmar contrato de gestão com o Estado, os critérios discricionários muito abertos ao sabor do juízo de oportunidade e conveniência do gestor público, o dever da justificativa racional do gestor que não pode se imiscuir ao controle social e externo, assim, se a busca é por prestação de serviço público mais eficiente, há que se verificar

dentre as OS existentes qual a mais adequada, demandando publicidade por parte do Poder Público sobre a intenção de firmar contrato de gestão para oportunizar a apresentação das melhores propostas (BRASIL, 2015a, inteiro teor, p.39).

Na manifestação do Min. Luiz Fux, ele explica que a intervenção no domínio econômico e social pode se dar diretamente pela disponibilização de serviços ou indiretamente, em que por meio de instrumental jurídico induz os particulares a exercerem atividades de interesse público, mediante regulação coercitiva, ou por fomento e uso de incentivos, em geral, trata-se de faculdade dos agentes políticos eleitos qual modelo de intervenção vai lançar mão para alcançar metas coletivas requeridas pela sociedade, de acordo com o modelo perfilado com o projeto político vencedor no pleito eleitoral (*ibidem*, p.39).

Aos agentes democraticamente eleitos, portanto, cabe definir em que proporção farão a prestação de serviços, na forma direta ou indireta, desde que observando o atingimento dos objetivos fixados na constituição quanto à prestação dos serviços sociais, e para isso o Min. Fux entende que o modelo das parcerias pela Lei das OS é constitucionalmente possível, não tendo havido renúncia de deveres constitucionais por parte do Estado, outrossim exercendo a prática de opção consentânea à ordem jurídica de intervir de forma indireta (*ibidem*, p.62).

Em consonância com o voto do Min. Ayres Britto, em que pese não tenha se adentrado como ele ao instituto do chamamento público⁷¹ em PL no CN, considerou que os requisitos da lei das OS do inc. I do art. 2º podiam abarcar todas as entidades que se interessassem, ressalvando somente o conteúdo discricionário do inc. II, sobre a conveniência e oportunidade, que não deveria confundir-se com arbitrariedade, uma vez que mesmo nos casos de discricionariedade o administrador público deve obedecer aos princípios constitucionais da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (art. 37, CRFB/88), portanto não há que se confundir discricionariedade com escolha livre e imotivada (*ibidem*, p.66-67).

Sobre a falta da obrigação de licitar para firmar contrato de gestão entre a OS e o Poder Público, o Min. Luiz Fux também entende que não incide o dever constitucional

⁷¹ À época estava sendo disciplinada o chamamento público para as OS, que não se confunde com a licitação pública do regime publicista. O ministro se refere, no caso das OS, ao credenciamento em que todas as entidades que preenchessem os requisitos da lei poderiam ser qualificadas como “organizações sociais”.

de licitar sobre o contrato de gestão uma vez que esse instrumento não tem natureza de contrato administrativo, mas sim em um convênio. Assim como na essência do instrumento do convênio, há cooperação de esforços em atingir um objetivo comum dos partícipes, com base em pactuação associativa e não comutativa (BRASIL, 2015a, p. 72-73).

O Min. Marco Aurélio, por sua vez, discordou que o modelo das OS fosse “apenas mais um entre o leque de possibilidades de atuação da Administração Pública na prestação dos serviços públicos ditos sociais” e isso não significaria que ser contrário à constitucionalidade desse modelo seria estar condenando à “ossificação das formas de atuação do Estado e, mais do que isso, na projeção de certa ideologia concernente ao funcionamento da Administração Pública”, nesse sentido e em divergência à decisão final que acabou sendo tomada, o ministro discordou da possibilidade da transferência integral da execução direta do Poder Público às entidades privadas, que o Estado não pode ter mero papel de indução e coordenação (*ibidem*, p.95 e 98).

Para o Min. Marco Aurélio a “modelagem estabelecida pelo Texto Constitucional” para esses serviços, aos quais atribui grande relevância social, não prescindiria da atuação direta do Estado, sendo assim, inconstitucionais as leis que remetam o Estado para um papel tão-somente de indutor, a absorção sistemática dos serviços sociais pelas entidades privadas caracteriza privatização que desborda da previsão constitucional (*ibidem*, p.98-99).

A Min. Rosa Weber salienta a importância dessa decisão a respeito do modelo gerencial das parcerias e, e em que medida, a Constituição autoriza o terceiro setor a substituir o Estado, ao mesmo tempo entende que “a Constituição é viva, a Constituição é aquilo que o Supremo diz que é, a interpretação que confere ao Texto Constitucional” e, com dúvidas para decidir sobre o tema, acompanha a divergência do Min. Marco Aurélio pela inconstitucionalidade, e faz o questionamento

Mas tenho enorme dificuldade, Senhor Presidente, de, nesse âmbito – perdoem-me, mas seria uma terceirização da própria atividade estatal, não mais a terceirização na órbita trabalhista, da ótica do trabalho, daquele que executa o trabalho, da atividade do trabalhador, mas da atividade estatal como tal- , de superar os obstáculos que foram tão bem detalhados e tão bem enfrentados no voto divergente do eminente Ministro Marco Aurélio, ontem proferido, com

amparo em especial na doutrina de Celso Antônio (BRASIL, 2015a, p. 134-135).

A Min. Cármen Lúcia, seguiu a maioria pela constitucionalidade do modelo de lei das parcerias, lembrando que a Constituição franqueia aos particulares a prestação de vários serviços de relevância pública e, muito mais do que permitir, até mesmo insta que o Poder Público realize o fomento dessas atividades por meio de incentivos financeiros, relembrou que o contrato de gestão não tem natureza de contrato, sendo mais forte do que os convênios, e na pactuação por objetivos comuns permite melhor e mais eficiente gestão de serviços aos usuários, que é, afinal, o objetivo mais importante a ser buscado pelo gestor público. Ademais, a titularidade dos serviços continua com o Estado e a prestação de contas e os controles interno e externo permanecem sendo feitos (*ibidem*, p.138).

Dessa forma, por maioria o STF decidiu pela parcial procedência na ADI n. 1963 e interpretação conforme à Constituição à Lei n. 9.637/1998 e ao art. 24, XXIV da Lei n. 8.666/1993, no sentido que a qualificação das OS, a condução da celebração do contrato de gestão, as hipóteses de dispensa de licitação para contratações e outorga de permissão de uso de bem público e a seleção de pessoal pelas OS, em conformidade ao art. 37 da CRFB/1988, sejam todos conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, e afastando qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas da União (*ibidem*, p.146).

Assim, mesmo que as divergências não tenham sido aplacadas e o debate prossiga nos mesmos termos, com algumas poucas ressalvas, a lei que instituiu o modelo de parcerias do Estado com as organizações sociais do terceiro setor foi considerada constitucional, nada obstante, já vinha sendo utilizada em contratualizações de municípios por todo o Brasil com resultados conflitantes em alguns estudos, com muita contestação no setor da saúde.

Outra decisão do STF que se alinha ao fato de que a efetivação do direito fundamental à saúde é mais importante do que o modelo estatal que vai provê-la, é o RE n. 581.488/RS em que o ministro relator Dias Toffoli, decidindo sobre as parcerias na saúde, aduz que esse é um modelo que visa agregar particulares da sociedade civil de forma a ampliar e intensificar as ações na área da saúde e apresenta resultados bem-sucedidos na saúde de países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda,

Portugal e Reino Unido, sendo que essas contratualizações podem trazer flexibilidade, colaboração e eficiência à prestação dos serviços (BRASIL, 2015b).

No que concerne à responsabilização dos empregados das entidades privadas no exercício de serviços públicos, o Código Penal equipara a funcionário público aqueles que, mesmo não investidos em cargo público, exercerem emprego ou função na prestação de serviços públicos, ainda que transitoriamente, assim aqueles empregados vinculados às organizações sociais em exercício de serviços públicos respondem como se fossem servidores públicos, nos termos do Decreto-Lei n. 2.848/ 1940:

Art. 327 – Considera-se funcionário público, para os efeitos penais, quem, embora transitoriamente ou sem remuneração, exerce cargo, emprego ou função pública. § 1º - Equipara-se a funcionário público quem exerce cargo, emprego ou função em entidade paraestatal, e quem trabalha para empresa prestadora de serviço contratada ou conveniada para a execução de atividade típica da Administração Pública.

Além de o Código Penal privilegiar o direito público na equiparação citada, há previsão constitucional e legal no mesmo sentido com relação à aplicação das sanções previstas no art. 37, § 4º da CRFB/88 para improbidade administrativa, bem como aquelas da Lei n. 8.429/ 1992 que é a própria lei da improbidade administrativa – LIA, para os empregados das organizações sociais no exercício dos serviços públicos, com dispositivos semelhantes ainda as leis: Lei n. 9.637/1998 (art. 10), a Lei n. 9.790/1999 (art. 13) e a Lei n. 13.019/2014 (na Seção III, art. 77 altera a redação dos arts. 10 e 11 da LIA).

Percebe-se priorização do bem público pelo legislador e, nos casos que necessitem responsabilização por ocorrência de danos, independentemente da natureza jurídica da entidade em que ocorreu o dano, ainda que a prestação de serviços públicos tenha sido delegada a organizações constituídas como pessoa jurídica de direito privado, a equiparação das entidades e de seus prepostos a agentes públicos as submete aos diplomas de direito público citados, dentre outros, como a regra da responsabilidade objetiva do art. 37, § 6º da CRFB/88 e a Lei n. 12.846/2013 conhecida como lei anticorrupção (DI PIETRO, 2022, p. 338-339).

A Lei n. 8.429/ 1992 especifica as penalidades por atos de improbidade administrativa e, em importante modificação feita pela Lei 14.230/2021 foi incluído o §3º

do art. 1º, dispondo que: “O mero exercício da função ou desempenho de competências públicas, sem comprovação de ato doloso com fim ilícito, afasta a responsabilidade por ato de improbidade administrativa” (BRASIL, 1992).

Outras inserções da Lei n. 14.230/ 2021 (BRASIL) à LIA, no § 6º do art., 1º ficam sujeitos às penalidades os que praticarem atos de improbidade contra o patrimônio de entidade privada recebendo subvenção ou incentivos dos entes públicos e, no § 7º do art. 1º, tem previsão de sanções aos que praticarem atos de improbidade contra patrimônio de entidade privada, criada a partir do erário ou com o uso de receitas públicas, ainda que integrem a administração indireta, sendo o ressarcimento até o limite dos prejuízos causados.

Destaca-se também o § 8º do art. 1º da Lei n. 14.230/2021 que define que não está configurada improbidade, quer seja por atos ou por omissão, quando decorrer de divergências de interpretação da lei mesmo tomando por base jurisprudência não pacificada, ainda que posteriormente divergente do que for decidido pelos órgãos de controle ou tribunais.

A caracterização da improbidade administrativa dos agentes públicos exige a verificação do elemento subjetivo do dolo, há necessidade da comprovação da má-fé, entretanto, mesmo que se tenha suprimido a forma culposa do ato de improbidade que tenha causado danos ao erário, não há impedimento que se responsabilize o agente público em âmbito diverso ao da improbidade administrativa (LAUSS e MALDONADO, 2022, p. 901-903).

Outrossim, o intuito da lei de improbidade administrativa é penalizar o mau-caráter em ato corrupto, e não o inapto, sobre o objetivo da lei:

Não se deve exagerar ao ponto de afastar possíveis bons gestores de uma vida pública, mas, também, não se pode gerar uma proteção deficitária, de forma a acarretar o enfraquecimento no combate à corrupção e a sensação de impunidade. Saber o ponto de equilíbrio é o grande desafio do estudioso do tema (LAUSS e MALDONADO, 2022, p. 905).

Todavia, analisando as citadas inserções à lei de improbidade administrativa, não é difícil perceber que, no contexto já relatado da fragmentariedade e falta de coesão interpretativa dos atos normativos da contratualização, será muito raro que um agente público sofra sanções com base nessa lei, a menos que cometa erros muito grosseiros em

que fique escancarada intencionalidade de causar danos ao erário e com enriquecimento ilícito decorrente de atos dolosos flagrados.

Sobre essa questão, descreve-se a seguir a análise de Carlos Ari Sundfeld (2022, p. 11) sobre a irradiação da nova LINDB – Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro (Decreto-lei n. 4.657/1942 com ampliação feita pela Lei n. 13.655/2018) que, conforme o publicista, baseou-se nas inspirações crescentes no Direito Administrativo do pragmatismo, realismo e segurança jurídica em parte como uma reação “à geleia geral principiológica e ao voluntarismo que se espalhara pelo espaço público”.

Sundfeld (2022, p. 129-130) informa que a nova LINDB objetiva que não se considere a responsabilização objetiva ou quase objetiva dos agentes públicos por falhas simples ao aplicar normas administrativas. No texto anterior da LIA, de 1992, não havia distinções entre o ilícito funcional que decorria de condições precárias da realidade do agente público, das incertezas e inclusive divergências interpretativas sobre a aplicação dos atos normativos no exercício funcional público, o que provocava movimentação judicial que enxergava improbidade em casos sem provas ou indícios de dolo ou culpa, havendo um tratamento de responsabilização objetiva ainda que não fosse expressa. A alteração da LIA pela Lei n. 14.230/ 2021 buscou modificações quanto a isso, em sinergia com a orientação de 2018 da nova LINDB.

Para Sundfeld (2022, p. 130) a nova LINDB, em congruência com as modificações da LIA, vem discutir o uso da responsabilização objetiva dos gestores públicos com intuito de tornar os limites do controle e atividade sancionatório mais justos e transparentes, em perfilhamento com visão mais realista e sem idealizações do direito público, assim o publicista critica posicionamentos adotados pelo TCU ao dar seguimento à responsabilização por suposto dano patrimonial, às vezes até com incidência de multa, rejeitando as contas do gestor, sem perquirir sobre possíveis causas de descumprimento normativo.

Quanto à atuação dos tribunais de contas, Rodrigo Valgas dos Santos (2022, p. 211-212) destaca a importância do controle externo exercido por esse órgão constitucional autônomo orientador e fiscalizador sobre os órgãos administrativos, agentes públicos e mesmo pessoas privadas que lidam com bens e recursos públicos, e

“não fossem os tribunais de contas, a Administração Pública brasileira tão carente de formação técnica, estaria ainda mais perdida.”

Mormente possa ser considerado um problema que a composição para conselheiros e ministros dos tribunais de contas no país seja por indicações políticas, para Santos (2022, p. 211-212) esse é um poderoso filtro contra exageros do controle formal e burocrático, uma vez que os indicados costumam ser parlamentares que, frequentemente, já exerceram chefias do poder executivo e já fizeram ordenações de despesas públicas, já tendo sentido a “pele em risco” e os “dissabores de ser gestor público no Brasil”, além dessas indicações também compõem as cortes aqueles que fizeram concurso público, que são as vagas para auditores ou conselheiros substitutos, e a vaga destinada ao Ministério Público, a composição plural e heterogênea pode ter certa deferência ao administrador.

A lei anticorrupção, Lei n. 12.843/2013, teve sua promulgação impulsionada pela internalização de normativas internacionais anticorrupção que possuem o foco no enfrentamento do abuso de poder no exercício de funções públicas para obtenção de vantagens pessoais, a inovação advém da responsabilização objetiva das pessoas jurídicas que cometam ilícitos tipificados no diploma legal nos âmbitos administrativo e judicial cível (ZIMMER JÚNIOR, 2018, p. 78 e 92).

Tendo visto o modelo gerencial das entidades privadas sem fins lucrativos do terceiro setor, sua institucionalização, instrumentos, natureza jurídica, as principais críticas e respostas às críticas, e enfim, a chancela da constitucionalidade desse modelo, bem como a incidência de responsabilidade administrativa, civil e penal na prestação de serviços públicos, a seguir analisa-se a contratualização e utilização do modelo das parcerias com as OS no contexto das pactuações das ações e serviços de saúde, as peculiaridades e o controle de resultados do setor.

2.3 A contratualização na Saúde Pública

Abre-se o tópico com ponderação sobre a complementaridade dos serviços privados no SUS, no art. 24 da LOS, a previsão expressa é de que se tem a faculdade de recorrer à iniciativa privada, caso as disponibilidades não sejam suficientes à garantia de cobertura assistencial para população de determinada área, nesses casos, conforme o parágrafo único, seriam formalizados contratos ou convênios com observância de normas

de direito público e, conforme o art. 25, a preferência seria pela contratação com entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1990).

Para Santos e Carvalho (2018, p. 315), a complementaridade dos serviços privados é objeto de estudos e muitos debates desde a sua origem no §1º do art. 199 da CRFB/88, passando por mudanças de entendimento desde o surgimento das novas modalidades de parcerias com a Administração Pública, como é o caso das organizações sociais na saúde.

Antes da variedade de ajustes jurídicos que se tem hoje, principalmente após a criação das OS, o Poder Público formalizava contratos administrativos para obtenção de serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e de apoio diagnóstico, ou seja, comprava serviços e os remunerava conforme a prestação desses serviços, hoje há maior gama de possibilidades podendo ser feita a transferência de funções ou o gerenciamento público de serviços, a ampliação de possibilidades não foi acompanhada por uma disciplina jurídica uníssona, havendo entendimentos divergentes sobre essas contratações (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 317).

Santos e Carvalho propugnam, a partir do acórdão do TCU n. 3.239 de 2013, que o regime de complementaridade exige a insuficiência de serviços públicos para caracterização da necessidade de ajuste, excluindo, contudo, as parcerias com as OS dessa exigência uma vez que a complementaridade refere-se à compra de serviços no mercado e, a relação cooperativa com as OS seria uma opção estatal por uma forma de prestação de serviços, indiretamente, pelo “traspasse da função pública a terceiro” mediante lei específica e não acréscimos de serviços para atendimento de insuficiências públicas. Dessa forma, para esses autores

O traço distintivo entre o regime constitucional e legal da complementaridade é a *complementação* de serviços públicos pelos serviços privados e não a gestão ou administração de serviços próprios por aparatos privados, característicos das demais formas de parceria e cooperação (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 320-321).

Santos e Carvalho (2018, p. 338) reparam que o regime de complementaridade não está enquadrado na Lei n. 13.019/2014, não havendo a incidência de seus mandamentos legais em conformidade com o art. 3º, IV, que exclui da incidência da lei aqueles ajustes feitos com o setor privado sem fins lucrativos da área da saúde, por

consequente, entendem que as organizações sociais não se enquadram na complementaridade por serem vinculadas à gestão pública sob outro modelo, não tendo o escopo de “compra de serviços” atrelado à Lei n. 8666/1993 (a partir de 30/12 2023, se não houver nova prorrogação, a ser revogada pela Lei n. 14.133/2021).

O modelo de OS, portanto, “é um regime de contratação da “*gestão*” do serviço público, com traspasse do poder público ao setor privado de bem imóvel, equipamentos, instalações físicas, pessoal”, conforme Santos e Carvalho (2018, p. 338 e 344), não há que se falar de serviços privados que estão complementando o SUS e sim de gestão privada do SUS, ou seja, os serviços públicos estão sendo geridos pela OS mediante financiamento público, é uma outra forma de gestão do serviço público, que guarda semelhança com espécie de delegação pública.

Em estudo do período de enfrentamento da Covid-19 asseverou-se que houve aprofundamento de tendência à mercantilização da saúde e captura do fundo público, em continuidade à compra de serviços privados pelo SUS e na adoção de modelos “privatizantes de gestão”, nesse contexto de expansão do setor privado os autores informam que foi editado ato normativo que pretendia “privatizar a APS”, o Decreto n. 10.530 de 27 de outubro de 2020 que dispunha sobre “política de fomento ao setor de atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República, para fins de elaboração de estudos de alternativas de parcerias com a iniciativa privada”, posteriormente revogado pelo Decreto n. 10.533/2020 (CORREIA, SANTOS e ALVES, 2021, p. 75).

Nesse estudo sobre mercantilização da saúde aponta-se que a expansão do setor privado na pandemia ocorreu *por dentro* do setor público, mediante as contratualizações de serviços privados pelo SUS numa considerada captura dos recursos públicos pelos particulares, nessa perspectiva, invocam uma inversão da complementaridade disposta na CRFB/88 e na LOS, ou seja, o setor privado estabelece-se como complementar ao SUS quando as suas disponibilidades são insuficientes à cobertura assistencial em determinada área, seria uma espécie de complementaridade invertida (*ibidem*, p.77).

Na pandemia, levantamento feito deu conta que enquanto o número de leitos de UTI da rede privada no Brasil aumentou 33%, de 4,9 leitos por 10 mil habitantes para 6,2, no SUS o aumento foi somente de 7%, passando de 1,4 leitos por 10 mil habitantes

para 1,5, sendo que a população brasileira se compõe de 78% de usuários exclusivos do SUS. Além disso, na percepção dos autores, a falta de um plano nacional unificado para enfrentar a pandemia, fez com que cada estado ou município lançasse mão das maneiras que fossem mais convenientes para o enfrentamento à doença, sendo a contratação de OS para gerenciamento de hospitais exclusivos de atendimento Covid-19 uma das formas muito utilizadas (CORREIA, SANTOS e ALVES, 2021, p. 78).

Nesse contexto, a contratação dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia caracterizou-se pela intermitência, temporalidade fugaz, flexibilidade e de regime intermediado e desvinculado de plano de carreira estatal, se, por um lado havia precariedade de vínculos empregatícios, por outro ocorreu o fortalecimento do setor privado de saúde, com intensificação de repasse de gestão de hospitais de campanha às OS na pandemia, todavia, também com aumento de denúncias de desvios de recursos por algumas dessas entidades (*ibidem*, p.79-80).⁷²

Ainda que haja muitos países como Austrália, Canadá, Espanha, Holanda, Alemanha, França, dentre outros, que tenham adotado diferentes processos de contratualização em busca de maior efetividade e eficiência nos cuidados de saúde (DITTERICH, ZERMIANI, *et al.*, 2015, p. 208).

Escolheu-se Reino Unido e Portugal para observações sobre o início da contratualização no setor da saúde, esses dois países são exemplos de robustos sistemas públicos de saúde, o do Reino Unido, inclusive, serviu de modelo para o SUS, e, Portugal é matriz cultural do Brasil. O modelo gerencial tendo sido reproduzido em sociedades mais bem desenvolvidas economicamente e com menores níveis de pobreza denota, afinal, que os problemas enfrentados na saúde são comuns e envolvem escassez de recursos, maior longevidade, aprimoramento tecnológico e os custos associados.

No mundo todo, em adição ao envelhecimento da população e a baixa natalidade, ocorre o aumento dos custos tecnológicos da medicina, fatores que comprometem a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde. No serviço de saúde público inglês –

⁷² O MP realizou operação no Rio de Janeiro e São Paulo devido à operação que investiga supostos desvios de recursos públicos pela OSS Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde – IABAS, que administrou alguns hospitais de campanha no país no atendimento à pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/mp-realiza-operacao-em-sp-e-rj-contrad-desvios-na-saude/>. Acesso em 14 de jun. de 2023.

NHS – não é diferente, artigo detalha que reformas envolvendo a contratualização de resultados foi um dos mecanismos utilizados para o enfrentamento desses problemas, como dito, o fato do NHS ter sido um exemplo de sistema de saúde que influenciou a criação do SUS torna simbólico que tenha lançado mão da contratualização da saúde.

O NHS existe há mais de 70 anos e começou a passar por reformas a partir dos anos 2000, necessidade que surgiu a fim de viabilizar a sustentabilidade do sistema tendo em vista as pressões financeiras do orçamento restrito com o financiamento governamental sem incremento real em longo tempo. O NHS é financiado por impostos públicos e se baseia no princípio do acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde. Em 2014 as despesas com saúde representaram 9,9% do PIB, com tendência a maior comprometimento do PIB na medida em que aumenta o envelhecimento populacional e, conseqüentemente, maior prevalência de moléstias crônicas, bem como os custos associados ao progresso tecnológico e novos tratamentos. Nesse contexto, o sistema britânico implementou políticas públicas para o estabelecimento de relações contratuais com organizações da sociedade civil para aumentar a eficiência e qualidade do atendimento, assim como mudanças nos três níveis de complexidade (REDDINGS, HOBBS, *et al.*, 2021, p. 43-47).

Cada um dos membros do Reino Unido possui seu próprio NHS, a Escócia tem o seu NHS, a Irlanda do Norte, o País de Gales e a Inglaterra, fundamentada na universalidade do acesso com financiamento público e provisão estatal. Na Inglaterra diz-se que o sentido de pertencimento coletivo do NHS foi um impeditivo para a privatização pretendida por Margaret Thatcher que, entretanto, conseguiu implementar reformas estruturais na gestão do sistema público em alinhamento às práticas gerenciais de entidades privadas como o Conselho Corporativo de Acionistas (SIQUEIRA e BORGES, 2018, p. 25-27).

O começo da reforma do NHS deu-se com o enfraquecimento do controle administrativo pelos profissionais da saúde substituídos por um modelo de avaliação gerencial, a seguir as terceirizações de serviços de apoio à atenção à saúde como lavanderia, limpeza, nutrição e manutenção. Nesse momento era prolífica a criação de entidades jurídicas públicas independentes como os NHS *Trusts*, um dos principais

modelos para as Organizações Sociais de Saúde, entidades sem fins lucrativos que passaram a administrar os serviços do NHS (SIQUEIRA e BORGES, 2018, p. 27).

A lei de Atenção aos Serviços de Saúde e Comunidade de 1990 – *Health Service and Community Care Act* – foi a lei que “abriu o NHS para as organizações privadas e introduziu o sistema de mercado interno no NHS”, passando a ter estímulo competitivo entre partes do NHS e dividindo o financiamento e a prestação dos serviços, o Ministério da Saúde era o financiador, e as Autoridades Sanitárias Distritais (DHA) e Fundações de Atenção Básica (GP-FH) eram as prestadoras de saúde, essas tinham orçamento próprio para atenção primária e para compra de serviços na atenção secundária. As Organizações de Atenção Primária – *Primary Care Trusts* (PCTs) sem fins lucrativos foram implementadas já sob o Novo Trabalhismo de Tony Blair, e na sequência o NHS foi aberto ao investimento privado (*ibidem*, p.28).

Foram criadas Fundações Privadas no NHS, instituições com autonomia para captação de recursos públicos e privados, esse Novo Trabalhismo conhecido como terceira via, o anteriormente tido como progressista Partido Trabalhista, propagou o “novo Estado de Bem-Estar Social competitivo” e o mote da liberdade de escolha popularizou as novas medidas, expandindo a escolha de serviços públicos pelos usuários e a competição interna dos prestadores (*ibidem*, p.29-30).

Foi instituída política de orçamentos individuais – *Personal Budget*, para pacientes com doenças crônicas, que podiam usar os recursos como escolhessem, o principal objetivo dessa política foi reduzir os gastos desses casos que exigem “cuidado longitudinal (principal objetivo da Atenção Primária) e a descentralização dirigida à responsabilização individual” que, segundo os autores Siqueira e Borges (2018, p. 30 e 32), era um dos importantes aspectos da “ideologia neoliberal do governo Thatcher”. A liberdade de escolha, segundo esses autores, fomentou a ideologia da Nova Administração Pública na medida em que mobiliza a classe média, que no modelo tradicional do NHS possuía diretriz organizacional de delimitação territorial. Nesse sentido, o Estado, que deve “guiar” e não “remar”, melhorava sua eficiência.

Na atenção primária inglesa ocorreram grandes mudanças de gestão e reforma, como foi o caso do *Health and Social Care Act* 2012, ampliando ainda mais a participação de entidades privadas e a competitividade de prestadores, sem necessidade de limitações

territoriais para prestar os serviços, além de introdução de pagamentos de acordo com o alcance de resultados e a partir da escolha do paciente. A reforma mais significativa na APS britânica havia iniciado com o contrato *General Medical Services* em 2004, a partir desse contrato foram alteradas estruturas legais e a forma de pagamentos, e introduzida uma estratégia de incentivos financeiros – *Quality and Outcomes Framework* que premiava a assistência à saúde de acordo com o atingimento de certos parâmetros de indicadores de qualidade (REDDINGS, HOBBS, *et al.*, 2021, p. 43-47).

Em Portugal a contratualização da saúde começou em 1996 como um método importante para garantir o financiamento, melhorar a equidade e o acesso à saúde dos cidadãos, coube às entidades chamadas Agências de Contratualização do Serviço de Saúde, criadas para esse fim em 1997, a garantia da prestação dos serviços de saúde no início desse modelo (MONTEIRO, PISCO, *et al.*, 2017, p. 727).

A considerada bem-sucedida Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal começou em 2005 para estruturar uma nova forma de atendimento aos problemas de saúde da população em âmbito local, regional e nacional, foi conduzida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários em projeto de reconfiguração de centros de saúde para instituir as unidades de saúde familiar – USF. Houve dois vetores promovendo a mudança, o primeiro de cima para baixo que reestruturou a Administração Central do Estado e sua nova macroestrutura do Ministério da Saúde, e o segundo com processos de candidaturas voluntárias de profissionais de saúde criando equipes autônomas para prestar cuidados de saúde, as USF (*ibidem*, p.727).

Como os partícipes da implantação da contratualização da saúde primária portuguesa não possuíam experiência nesse processo, esse foi encarado como uma curva de aprendizado, iniciaram-se as contratualizações com as USF em 2 de outubro de 2006 com grupo de prestadores de cuidados de saúde que não tinham autonomia financeira ou administrativa, pouco depois foi identificada uma Matriz de Indicadores a serem contratualizados para 2006 e 2007, essa era formada por um conjunto de 49 indicadores que abrangiam questões como acesso, desempenho assistencial, qualidade e desempenho econômico (*ibidem*, p.727-728).

A avaliação do cumprimento das metas seria feita trimestralmente e seu atingimento associava-se a incentivos financeiros, priorizavam-se os investimentos nas

USF que cumpriam os objetivos contratualizados, inclusive incentivos aos profissionais integrantes das USF. A partir de 2007, cada USF contratualizava com o respectivo Departamento de Contratualização de uma das quatro Administrações das Regiões de Saúde de Portugal para cumprimento de 20 indicadores da Carteira Básica de Serviços e um indicador por atividade da Carteira Adicional de Serviços, em 2008 eram 15 indicadores, 13 comuns a todas as USF e 2 selecionados para cada uma delas (MONTEIRO, PISCO, *et al.*, 2017, p. 728).

Houve o aumento do registro dos problemas de saúde em Portugal, com ampliação das codificações nos bancos de dados clínicos informatizados, implicando níveis de exigência maiores pelos usuários e prestadores dos serviços, possibilitando o planejamento e a melhor gestão dos cuidados, conseqüentemente maior governança clínica, bem como aumento percentual de consultas com codificação específica para cuidados de saúde primários em Portugal que passou de 69,2% em 2011, para 83,9% em 2012 e 84% em 2013 (*ibidem*, p.733).

Sabe-se que a priorização dos cuidados de saúde primária é essencial para a eficiência, eficácia e equidade num sistema de saúde de caráter universalista como é o português, a contratualização e incentivos financeiros, nesse sentido, melhorou o acesso e o desempenho. Esse regime de incentivos por desempenho utilizado na contratualização em Portugal é semelhante ao que foi desenvolvido no Reino Unido, conforme visto no início dessa seção, com a introdução em 2004 do *Quality and Outcomes Framework*, um sistema abrangente de incentivos por desempenho, em cuidados de saúde primários (*ibidem*, p.734).

Os sistemas de incentivos financeiros por desempenho, tanto o inglês quanto o português, foram fatores indutores de “mudança organizacional estruturada em torno das autonomias profissionais, organizadas de acordo com as necessidades locais de saúde e de uma profunda alteração nas formas de registro clínico, essenciais para a demonstração de resultados”. No Reino Unido, contudo, o efeito do sistema de incentivos sobre o desempenho parece ter sido modesto, sugerindo cautela na disseminação da estratégia (*ibidem*, p.735).

Em Portugal há pouca procura da área da medicina geral e familiar pelos profissionais de saúde, e com a redução de despesa com pessoal, os sistemas de saúde

optam por remunerar por produção, ainda que não tivesse, necessariamente, que ser dado incentivo por aumento desse volume. Mais recentemente tem se visado a mudança de matrizes de políticas remuneratórias retirando o foco do volume e passando para a qualidade e eficiência, com análises das mudanças epidemiológicas e registros dos dados de saúde, diante da escassez de recursos (MONTEIRO, PISCO, *et al.*, 2017, p. 735).

Estudo comparativo da contratualização da saúde no Brasil e em Portugal, país com o qual além das similitudes culturais e sistema de saúde público de caráter universalista, também está bem assentada a ideia que a estratégia de fortalecimento da APS tem papel fundamental na reestruturação dos sistemas de saúde pois as práticas e o vínculo com a comunidade estabelecidos na atenção básica à saúde são comprovadamente eficientes e efetivos, ainda mais por se tratar do primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, tendo em vista a diretriz da integralidade da abordagem, além de ser responsável pela coordenação da referência do usuário para outros serviços que forem necessários em maiores níveis de complexidade, o modelo da APS chamado de “saúde da família” prescreve a interpelação familiar, na comunidade em que as pessoas estão inseridas, por meio do trabalho multidisciplinar em equipe (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3594).

Na comparação entre as experiências portuguesa e brasileira foram identificados problemas compartilhados de acordo com especificidades de cada formação social e práticas que precisariam ser aperfeiçoadas para o alcance dos resultados da contratualização, a contratualização da saúde não teria que se dar, obrigatoriamente, mediante políticas de desestatização dos serviços, assim poderia ou não envolver entidades não estatais, nesse sentido, de acordo com afirmação de estudioso do tema em Portugal “o princípio do bom senso deveria fazer com que o financiador não se aventurasse excessivamente na complexa contratualização público-privado (e de implicações irreversíveis) sem adquirir uma boa experiência na contratualização público-público” (COSTA E SILVA, ESCOVAL e HORTALE, 2014, p. 3600).

Podem ser encontrados no Brasil quatro modelos de contratualização, o contrato interno estabelecido entre uma SMS, unidades de saúde e equipes pertencentes à administração direta, unidades de saúde e equipes pertencentes à administração direta; o contrato de gestão entre uma Fundação Estatal de Saúde da Família vinculado à

administração indireta e os municípios; o contrato de gestão estabelecido entre Secretarias de Saúde e Organizações Sociais; e contrato interno instituído entre municípios e governo federal no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB (criado em 2011) (DITTERICH, ZERMIANI, *et al.*, 2015, p. 208).

Nos quatro modelos a contratualização visa a melhora na saúde da população e o atendimento mais efetivo de suas demandas, bem como conseguir planejar os gastos de recursos públicos de saúde de forma a obter eficiência na gestão desses recursos; fazer a coordenação das ações dos partícipes, garantindo as pactuações que tiverem sido feitas e propagar a informação aos cidadãos. Definindo-se como uma relação entre “financiadores e prestadores, fundamentado em uma filosofia contratual, em que há uma clara ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados” (*ibidem*, p.208).

Alguns pesquisadores sobre a contratualização da saúde na APS apontam que há necessidade de se blindar o sistema às contingências políticas governamentais, tendo em vista os efêmeros mandatos que podem impedir o aparecimento dos resultados de reformas estruturais, para isso, entendem que a contratualização deveria ter mecanismos de participação social, transparência do processo e continuidade do monitoramento desde o planejamento até o financiamento (*ibidem*, p.209).

No município de Curitiba no Paraná a partir de 2002 foi construída proposta de desenvolvimento da contratualização na APS, objetivando aumentar participação, negociação e responsabilidade recíprocas entre gestores, equipes de saúde e a comunidade, de 2002 a 2007 estabeleceu-se o instrumento de gestão chamado Termo de Compromisso – Tercom que foi instituído junto a uma estratégia de remuneração variável voltada para resultados (*ibidem*, p.210).

A escolha por apresentar o modelo de contratualização de Curitiba deve-se ao fato de ser uma capital com certa proximidade regional, número de habitantes de grandeza relativamente aproximada e não tendo a mesma sazonalidade populacional de Florianópolis, a outra capital da região Sul, além da experiência pioneira e desenvolvida desde 2003.

A contratualização por meio do Tercom define o monitoramento e avaliação relacionado ao Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade (IDQ), em que

gratificações são dadas aos funcionários que possuem bons resultados de desempenho, o desempenho do indivíduo e da equipe são importantes, e tomam como base certos indicadores de resultados contratados na SMS por meio dos contratos de gestão, a avaliação do IDQ é trimestral por equipe de gestão de recursos humanos da SMS Curitiba (DITTERICH, ZERMIANI, *et al.*, 2015, p. 210).

O instrumento contratual na gestão da APS em Curitiba foi considerado em pesquisa com os profissionais da SMS de Curitiba como sendo de muita utilidade na organização dos processos de trabalho, identificação e resolução de problemas, detalhamento dos objetivos, bem como no estabelecimento de prioridades, aprendizado das equipes quanto à estratificação de risco, utilização de protocolos, perfil epidemiológico e gerência de resultados (*ibidem*, p.216).

Conforme Campos e Pereira Júnior (2016, p. 2658 e 2661), nas cidades brasileiras em que a APS foi terceirizada por meio das organizações sociais ocorrem processos de gestão de baixa governabilidade sobre as redes do SUS e no trabalho do médico, outro problema do gerenciamento da APS pelas OS é que o chamado gerencialismo pode provocar distorção das atribuições na atenção básica por meio de sistemas rígidos de controle de metas que deturpam a política pública da ESF.

Em pesquisa⁷³ sobre a contratualização no SUS direcionada aos gestores públicos de saúde e seus assessores ligados aos setores responsáveis pela gestão de contratos, regulação e contratualização, realizada no período de 2 de maio a 31 de outubro de 2017 junto às secretarias de saúde estaduais e municipais, identificou-se a necessidade de que os atores envolvidos recebessem capacitação técnica, principalmente no que concerne aos agentes que compunham os órgãos supervisores e às pessoas das entidades contratualizadas, bem como a circunscrição apropriada dos papéis e responsabilidades de todos os partícipes, ainda mais dos órgãos coordenadores do Poder Público do Executivo Federal (FIOCRUZ, 2018, p. 11).

⁷³ Participaram da pesquisa 226 secretarias de saúde, sendo que 222 foram SMS e 4 foram SES de todas as 5 regiões do país, a amostra de secretarias que respondeu à pesquisa foi de 4% do total de 5.597 secretarias de saúde existentes no Brasil. Em 76% das secretarias de saúde a participar da pesquisa foi o próprio secretário de saúde que respondeu ao questionário, equivalendo a 171 gestores de saúde, 3 respondidos por subsecretários de saúde e os demais por quem tinha cargo de chefia ou assessor ou técnico das secretarias.

Os resultados dessa pesquisa corroboraram a literatura sobre o tema ao indicar que os maiores obstáculos para gerenciar os contratos de gestão são: falta de ambição ao traçar as metas; indicadores mal concebidos; fiscalização inadequada no cumprimento das metas; não colocar atividades relevantes da entidade contratualizada na formalização do instrumento de contratualização; falta de delimitação de objetivos; falta de previsão de penalidades por descumprimento de metas; preponderância da vontade e maior ingerência das organizações contratualizadas ao elaborar os contratos de resultados do que de seus órgãos supervisores (FIOCRUZ, 2018, p. 11).

Os dados levantados sobre a contratualização do SUS também sinalizam nós críticos relacionados ao desconhecimento do arcabouço normativo dos modelos jurídico-institucionais existentes por parte dos gestores, dos profissionais do direito e do controle público, a confusão sobre o que é fomento e parceria do que é compra de serviços no mercado (essa última regulada pela Lei n. 8.666/1993), assim como dos requisitos essenciais para a gestão por parte do Poder Público, provocando muitos equívocos na utilização do instituto, o que vêm enfraquecer as relações de parceria e aumentar a já grave crise de insegurança jurídica (*ibidem*, p.11).

Em que pese a criação das OS, inspirada no movimento da NGP, tenha tido o objetivo de desburocratizar, reduzir custos e aumentar eficiência, há dados empíricos de contratos de gestão de OS com secretarias estaduais de saúde sinalizando que a transferência de recursos e a gestão dos serviços públicos de saúde para a entidade parceira, na realidade, aumentaram as despesas do Estado nas parcerias pesquisadas (TURINO, FERNANDES, *et al.*, 2022, p. 2).

Para Sodré e Bussinger (2018, p. 38-39) haveria certa pressuposição geral de que o envolvimento do terceiro setor na área da saúde tenha caráter humanista, voluntário e até religioso, ou correlacionado com ações coletivas para doenças raras, ou outras causas nobres e específicas, embora, atualmente, seja muito comum que se noticie a ligação dessas entidades com escândalos de corrupção e improbidade administrativa por mau uso de recursos públicos. Esses autores dizem que

A titulação dos “sem fins lucrativos” quase chega a assegurar que não exista nenhum tipo de acumulação de capital. O “não lugar”, *nem público e nem privado*, lhe dá aparência de não possuir o ônus ou o bônus de não ser estatal e não ser uma organização privada. Ou seja, esse “não lugar”, acaba por

estabelecer um espaço que pode beneficiar-se de ambos os estatutos jurídicos (*ibidem*, p.38-39).

Os autores Sodré e Bussinger (2018, p. 39-40) entendem que o modelo de contratos de gestão com as OS na saúde pública não possui a transparência necessária por se tratar de política de gestão de alto custo, por serem requeridos conhecimentos especializados e alta capacita o técnica, as tecnologias dos equipamentos são diversificadas, a saúde movimenta muito dinheiro em toda a rede de serviços e indústrias. Nesse contexto, as OS que atuam na saúde – um setor caro, grande e competitivo – originam-se de grupos de hospitais filantrópicos ou de associa es de empresários do campo da saúde – citam os exemplos do grupo da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, que têm dupla titularidade como organiza o social de saúde e entidade filantrópica – tais entidades expandiram-se nas duas últimas décadas mediante o recebimento de recursos públicos.

A ideia   que o modelo gerencialista na saúde fosse uma maneira de afastar a execu o e a exclusividade da presta o de serviços   saúde da administra o direta do Estado, nessa conjuntura as organiza es sociais seriam institui es consideradas menos burocratizadas e que proporcionariam mais leveza e flexibilidade para a gestão de serviços.

Na visão de Sodré e Bussinger (2018, p. 42-43), contudo, as OS foram institutos jurídicos criados para possuir amplo poder de drenagem de recursos públicos como sua única fonte de subsistência, tendo se originado de grupos empresariais médicos, empresas de equipamentos hospitalares e tradicionais grupos filantrópicos, entidades essas que se valem muitas vezes de mais de um registro de pessoa jurídica (CNPJ) para duplicarem ou triplicarem a sua capta o de recursos financeiros estatais.

A celebra o dos contratos de gestão pode envolver combina o de transferência e aloca o de recursos materiais e humanos, as OS possuem autonomia no uso desses recursos financeiros, materiais e humanos, e o controle dos resultados passa a ser feito pelo Estado, no exercício do poder regulador e fiscalizador, com monitoramento e avalia o por meio de metas mensuráveis de produtividade e qualidade dos serviços. O laboratório das primeiras experiências com esse modelo foi no estado de São Paulo,   o estado com maior número de organiza es sociais registradas no Brasil e aquele em que

há maior captação de recursos públicos para essas entidades do terceiro setor (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 44-45).

Em investigação sobre as organizações sociais pela pesquisa Complexo Econômico e Industrial da Saúde – CEIS foi demonstrada ramificações de OS por todo o país, a pesquisa aprofundou-se nas dez maiores OSS do setor de saúde consideradas grandes grupos econômicos e empresariais em decorrência do montante de recursos captados nas Secretarias de Saúde entre 2009 e 2014 (*ibidem*, p.46-47).

Essas entidades eram originárias dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, tendo se expandido para os demais estados de forma parecida aos movimentos de grupos empresariais e, em que pese não se possa afirmar existência de monopólios, essas grandes instituições expansionistas tendem a concentrar a captação de recursos, o que, de forma contraditória ao caráter sem fins lucrativos dessas entidades, faz com que analistas de mercados classifiquem essas OSS entre os grandes grupos econômicas brasileiros (*ibidem*, p.46-47).

Do modelo gerencial veiculador de eficiência e economicidade da teoria evidenciou-se a incapacidade do Estado de celebrar contratos de gestão capazes de controlar e avaliar o desempenho das parcerias na prática, quer seja porque os indicadores não são estabelecidos de forma clara, por ausência de definição de parâmetros e métricas, a pesquisa do CEIS na análise dos contratos das dez maiores OSS brasileiras constatou a fragilidade, ineficiência, inadequação e até falta de definição quanto à avaliação dos resultados, em cláusulas contratuais vagas e abrangentes, uma repetição com pequenas variações do objeto como sendo “operacionalização, da gestão e execução, pela contratada, das atividades e serviços de saúde” mesmo para diferentes tipos de serviços, pouco esclarecendo o que as OS efetivamente executariam (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 50-51).

Na investigação do CEIS, a imprecisão e vagueza desses contratos de gestão deixam em aberto a possibilidade de ampliação de serviços e custos por meio de aditivos sem que se condicione a análises de custos ou cumprimento de metas em relação ao contrato original, assim, os contratos têm sido aditivados de forma discricionária pelo Poder Público e à revelia do controle social. Além disso, não foram encontradas informações sobre as contratualizações nos sites das OS, principalmente ao que concerne

às remunerações de seus dirigentes, com exceção do estado de Goiás em que essa informação estava disponível e, a alegação de que a Constituição garante o sigilo fiscal, não é sustentável devido à origem pública desses recursos (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 53-54 e 60).

A conclusão da pesquisa CEIS, a partir dessa análise de 251 contratos de gestão e 1.101 aditivos contratuais, foi que os custos não foram reduzidos com o modelo gerencial na saúde e que esse modelo híbrido, nem Estado e nem mercado, é o melhor dos mundos para o empresariado da saúde na medida em que se beneficiam de isenções tributárias e demais benesses dos entes públicos, sem precisar suportar os riscos do negócio do mercado pois são financiados pelos recursos públicos infindáveis. A pesquisa destacou os benefícios da dupla titularidade em usufruir de benefícios e isenções outorgadas pela natureza filantrópica ou de isenções que a condição de entidades sem fins lucrativos faculta (*ibidem*, p.62-63).

Então, os recursos públicos são transferidos às entidades mesmo com avaliações frágeis de resultados de cumprimento de metas, a discricionariedade do gestor público pode não contemplar necessariamente o interesse público, em desacordo com o dever de fundamentar as decisões por princípios de legalidade, publicidade, impessoalidade, moralidade para corroboração dos critérios de conveniência e oportunidade, enquanto as OSS são

dependentes dos recursos financeiros estatais e funcionam, no mais das vezes, em equipamentos do Estado construídos ou reformados para a entrega da gestão. Essas organizações não precisam comprometer seu capital em uma empreitada de risco e nem precaver-se para um sustento inicial, com capital de giro capaz de alavancar os primeiros anos do negócio (SODRÉ e BUSSINGUER, 2018, p. 63).

Quanto à dupla certificação na saúde, foi identificado que em 88,4% das vezes há concomitância entre atuação como entidade filantrópica e como Organização Social de Saúde, certificações distintas com regimes de tributação diferentes para a mesma entidade, o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e Saúde – CEBAS, necessário para a atuação complementar na saúde por entidades privadas sem fins lucrativos, implica em que a entidade destine o mínimo de 60% dos serviços aos usuários do SUS, e a qualificação como OSS que torna a entidade habilitada a receber recursos

públicos e administrar bens mediante celebração de contratos de gestão (TURINO, SODRÉ e BAHIA, 2018, p. 77-79).

Em contratos firmados entre secretarias de saúde do estado de São Paulo e Rio de Janeiro e dez das maiores OSS do Brasil, foram repassados entre 1998 e 2015 quase R\$ 31,4 bilhões de reais de recursos públicos, aos recursos públicos captados pelo terceiro setor para gerirem equipamento público adicionam-se os benefícios tributários em imunidades e isenções, ou seja, além do Poder Público destinar somas vultosas, ainda há a renúncia fiscal. Essa magnitude econômica de repasses em combinação com outro montante em renúncias fiscais em prol desse modelo gerencial de parcerias entre Poder Público e o terceiro setor exigiria que os balanços patrimoniais e financeiros dessas entidades fossem mais completos, transparentes e totalmente publicizados, e o que se observa é não há cumprimento uniforme da Lei de Acesso à Informação (*ibidem*, p.80-84).

Tendo em vista esses dados e a magnitude do orçamento da pasta da saúde, para que tal descentralização por colaboração do modelo de parcerias servisse ao seu propósito de economicidade e eficiência, em se tratando de desestatização, e não privatização estrita, pois o Administrador Público detém o dever-poder de fiscalizar o alcance dos resultados, e até reter valores no caso do não atingimento de certas metas pactuadas, há necessidade que tanto os órgãos de controle interno quanto externo, tenham acesso a todos os dados patrimoniais das entidades que, afinal, exercem atividade pública uma vez que gerem equipamentos e recursos públicos.

E como não adianta ter acesso, publicidade e transparência se o agente público não sabe o que deve procurar e se atentar, há premente necessidade do desenvolvimento das habilidades técnicas e densidade de conhecimentos envolvendo os aspectos jurídicos, contábeis, administrativos e as particularidades da assistência de saúde, não existe a menor possibilidade de um modelo gerencial de parcerias dar certo se o Poder Público não possui corpo técnico com as ferramentas para fiscalizar o processo gerencial (ZAGANELLI e BUSSINGUER, 2018, p. 99).

Em 2004 a Controladoria Geral da União – CGU criou os Portais da Transparência, em 2009 passaram a ser obrigatórios, a ferramenta foi instituída com o intuito de que fossem divulgados dados públicos para permitir o controle social, no

entanto, não é suficiente o mero depósito de dados para que seja conferida a transparência pública, no caso das OSS é preciso ter conhecimento de seus nomes para que seja possibilitada a busca, na Lei de Acesso à Informação de n. 12.527/2011, destaca-se o §1º do art. 8º sobre o dever dos órgãos ou entidades públicas promoverem a divulgação de informações de interesse coletivo ou geral (ZAGANELLI e BUSSINGUER, 2018, p. 100):

deverão constar, no mínimo: I – registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público; II – registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos financeiros; III – registros das despesas; IV – informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados; V – dados gerais para o acompanhamento de programas, ações, projetos e obras de órgãos e entidades; e VI – respostas a perguntas mais frequentes da sociedade (BRASIL, 2011a).

Em pesquisa sobre a transparência dos 27 sítios eletrônicos das Secretarias de Saúde dos estados brasileiros foi demonstrado que a grande maioria não disponibilizava informações acerca das contratualizações com as OSS, também não havia listagem com os nomes das OSS, o que impede a busca e obtenção de informações pelos cidadãos no Portal da Transparência, apenas 5 estados estavam de acordo com a legislação de acesso à informação, ao serem solicitadas informações às Secretarias de Saúde, apenas 7 dos 27 estados responderam no prazo legal do art. 11 da LAI (ZAGANELLI e BUSSINGUER, 2018, p. 103-104).

Análise nos sítios eletrônicos das OSS também mostrou descumprimento da LAI, selecionadas as quatro maiores OSS do Brasil com base no PIB: a) Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina – SPDM, b) Serviço Social da Construção Civil da Casa de São Paulo, c) Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e, d) Cruzada Bandeirante São Camilo, somente a SPDM disponibilizava informações sobre a contratualizações com o estado no seu sítio eletrônico, nenhuma delas fornecia o Serviço de Informação ao Cidadão – SIC que é a chamada transparência passiva, o atendimento a solicitações formais pelos cidadãos (*ibidem*, p.105).

Zaganelli e Bussinger (2018, p. 109-110) concluem que as contratações entre estados e as OSS não têm comprometimento no que tange à transparência pública, assim,

não há possibilidades de o controle social fiscalizar a gestão dos contratos de gestão com o terceiro setor e comprovar se, como defendido na reforma gerencial, esse modelo é mais econômico, eficiente e eficaz do que o realizado pelo próprio Estado.

Outro ponto a ser registrado é que todos os contratos de gestão autorizam as OSS a fazerem contratações com pessoas jurídicas, o fenômeno chamado “pejotização”⁷⁴ em que se contratam os profissionais da saúde como pessoas jurídicas – PJ, driblando as relações trabalhistas, uma das funções principais de gestão da OS é a contratação de pessoal para prestação dos serviços públicos, uma vez que não é possível política pública de saúde sem os recursos humanos de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, o que se dá de forma flexível no modelo gerencial de entidades privadas, pode-se dizer que uma das maiores motivações para a criação e ampliação das OSS foi a Lei de Responsabilidade Fiscal – LC n. 101/2000, que delimitou o gasto estatal com pessoal (FERNANDES, 2018, p. 137-138).

Élida Graziane Pinto e Daniel João do Amaral (2018a, p. 146 e 152) trazem ao debate a exiguidade de instrução probatória nos processos que tramitam no Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no que concerne ao exame dos custos e resultados vinculados aos repasses de recursos públicos ao terceiro setor, não ficando clara a vantajosidade econômica para o Poder Público, de forma que “o repasse só se justifica se o fomento ao terceiro setor para fins de prestação de serviços, comprovadamente, se revelar mais econômico do que a sua execução direta pelo Poder Público”, e a economicidade não se restringe à análise da pactuação do objeto, outrossim, precisa ser aferida a cada liquidação de despesa.

⁷⁴ “Pejotização” refere-se à contratação de serviços exercidos por pessoas físicas, de forma subordinada, não eventual e onerosa, por pessoa jurídica constituída para esse fim, evitando relação de emprego. Nos autos da RCL 47.843 BA a Primeira Turma do STF reconheceu a licitude da contratação de médicos por meio de pessoa jurídica, na discussão sobre a pejotização nas relações de trabalho, no que seria o caso de relações entabuladas por trabalhadores hipersuficientes que teriam grande capacidade de negociação, como foi considerado o caso dos médicos. No voto do Min. Luis Roberto Barroso: “Aqui, não acho que estejamos diante de uma questão de proteção de direitos trabalhistas propriamente, inclusive porque não estamos lidando com hipossuficientes que precisam ser substituídos ou representados pelo Ministério Público do Trabalho. Estamos lidando com médicos que, inclusive, e com muita frequência, têm diversos trabalhos e, portanto, não têm uma subordinação direta a um único empregador, a um único hospital ou a uma única empresa de saúde. Constituem empresas para ter um regime tributário melhor - uma decisão tomada por pessoas informadas e esclarecidas, e não hipossuficientes”. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/379588/pejotizacao-nas-relacoes-de-trabalho>. Acesso em 9 de jun. de 2023. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ag. Reg. Reclamação 47.843-BA**. Min. Relatora Cármen Lúcia. DJE n 105, divulgado em 30/05/2022.

Estudo descritivo que comparou seis estabelecimentos hospitalares estaduais com modelos gerenciais diferentes, pela Administração Direta ou por Organização Social da Saúde, demonstrou que nos exercícios entre 2008 a 2010 os indicadores de recursos humanos, de qualidade, eficiência técnica, produção e produtividade ambulatorial dos hospitais obtiveram melhores índices e menor prejuízo econômico nos hospitais com Administração Direta, salientando que houve prejuízo econômico em ambos os modelos, tanto nos hospitais de AD quanto nos OSS, e, ao se levar em conta os gastos tributários, os hospitais de AD tiveram o prejuízo menor (PINTO e AMARAL, 2018a, p. 155-158).

Por conseguinte, há que se elucidar por unidades de medida e transparência a narrativa de que a iniciativa privada ou terceiro setor apresentam padrões de qualidade, resultados e eficiência melhores, somente “a partir da análise da realidade fática dos dados concretos de cada atuação específica” (*ibidem*, p.158) de forma transparente e técnica pelo Poder Público vai dirimir narrativas partidárias de crenças de ambos os modelos de gestão, AD ou OSS, estabelecendo em que medida ou nível de complexidade pode-se lançar mão dessas alternativas à prestação de serviços do SUS.

Nas Secretarias de Saúde que têm várias unidades de saúde geridas por diferentes OSS poderia (e deveria) ser implementada uma sistemática ampla de comparação de preços praticados de forma a aferir vantajosidade, dessa forma

faz-se imperiosa a existência de estrutura interligada de dados que propicie a elaboração de matriz de risco para o acompanhamento em tempo real do desvio-padrão nos preços praticados nas unidades de saúde e para a evidenciação de custos de insumos sensíveis, em consonância com o artigo 50, §3º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), como o são, por exemplo, a hora do profissional médico, a tonelada da roupa lavada, o quilo de refeição ofertada, a hora de profissionais de apoio como vigilantes e equipe de limpeza, etc (PINTO e AMARAL, 2018a, p. 159).

O Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) do MS abrange conjunto de ações com intuito de promoção da gestão de custos no SUS, mediante geração, aperfeiçoamento e divulgação de informações relevantes e pertinentes dos custos para servirem de subsídios na otimização de desempenho das unidades do SUS. A possibilidade de se fazer a estimativa de custos adéqua a utilização dos recursos e qualifica e amplia os serviços, sendo ferramenta de fundamental importância para a

eficiência e alocação dos recursos na tomada de decisões do gestor público (PINTO e AMARAL, 2018a, p. 159-160).⁷⁵

No sítio do MS, ao se buscarem os entes participantes municipais do PNGC, dentre outros 13 municípios, encontra-se o município de Porto Alegre como ente participante do PNGC e no “Status da Unidade” se contando 15 unidades com dados no APURASUS e somente cinco captando dados, na comparação com outros 13 municípios, é o segundo com maior captação e coleta de dados, só perdendo para o município de Sobral no estado do Ceará que possui 18 unidades de saúde com dados APURASUS e 20 coletando dados, se considerarmos que somente na APS em Porto Alegre são 137 unidades de saúde, verifica-se que essa ferramenta é subutilizada.⁷⁶

Buscando-se por entes estaduais participantes do PNGC, o estado do Rio Grande do Sul consta junto a outros 12 estados, e o Departamento de Gestão de Atenção Especializada – DGAE do RS possui o status de somente quatro unidades com dados do APURASUS, no âmbito estadual o RS é o penúltimo ente a utilizar a ferramenta, só não sendo pior que o estado do Acre.

Para Pinto & Amaral (2018a, p. 162-163) é inadmissível que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde não empreendam esforços no sentido de evidenciar comparações de preços realizados nos contratos de gestão com as OSS e não haja a aderência ao PNGC e APURASUS para o efetivo controle de custos (à luz do art. 50, §3º da LRF), não sendo concebível que o Poder Público destine recursos públicos às entidades do terceiro setor “a fundo perdido (pagamento por estimativa)”, sem que haja fiscalização detalhada da aplicação desses recursos e a contrapartida de serviços qualificados.

⁷⁵ A operacionalização do PNGC é pelo Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (ApuraSUS) que é um sistema informatizado de auxílio às unidades de saúde no processo de apuração de custos do SUS instituído pela Portaria n. 55 de 2018, sendo ferramenta pública, integrável e parametrizável, possibilitando a criação de banco de dados nacional sobre os custos do SUS, de forma a que se possa identificar as atividades ineficientes de aplicação de recursos, auxiliar na prestação de contas para maior transparência e controle social.

⁷⁶ O PNGC foi criado em 2009 e o sistema APURASUS em 2013, institucionalizado por meio de Portaria n. 55 em 10 de janeiro de 2018 no âmbito do MS, estando sob gestão do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (DESID/SECTICS), cuja equipe responsável pela viabilização do programa é da Coordenação de Gestão de Custos (CCUSTOS) do MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pngc/entes-participantes-municipais>. Os dados foram publicados no site em 20 de maio de 2022 às 17h 35. Acesso em: 10 de jun. 2023.

Na Ação Civil Pública n. 0058802-35.2015.8.19.0042 de ajuizamento pelo MP-RJ contra o município de Petrópolis, tendo tramitado na 4ª Vara Cível de Petrópolis, tendo sido deferida pelo juízo a antecipação de tutela que determinava que o município providenciasse sua inscrição no PNGC e realizasse a apuração dos custos de todas as unidades de saúde do SUS sob sua gestão em aderência à metodologia do APURASUS. Esse exemplo no município de Petrópolis poderia ser aplicado a outros municípios, a falta de comprovação e transparência dos custos da saúde denotam má gestão pública, há que se ter a disponibilização dos dados pelos órgãos gestores, para que a análise dos gastos de cada centro de custo possa demonstrar a economicidade das despesas e eficiência dos serviços geridos (PINTO e AMARAL, 2018a, p. 163-164).

Outra questão que necessitaria transparência e articulação do Poder Público para ser enfrentada refere-se à fragilidade de prestação de contas e fiscalização dos resultados dos contratos de gestão com o terceiro setor no que concerne à demanda reprimida no atendimento à saúde, consegue-se desvelar uma ponta do iceberg pelo quantitativo de demandas judiciais requerendo do Poder Público a realização de procedimentos cirúrgicos ou execução de tratamentos **após o usuário já ter sido regulado e atendido** em um serviço contratualizado, sem, contudo, ter iniciado ou marcado o efetivo tratamento, devendo também, conforme Pinto & Amaral (2018a, p. 167), ser feito o “contraste com o estágio de (des)cumprimento do Plano Estadual de Saúde, dos Planos Municipais de Saúde e das pactuações avençadas na Comissão Intergestores Bipartite”.⁷⁷

Outra implicação de não se ter o controle adequado dos custos e a fiscalização da qualidade dos serviços em contrapartida é o desestímulo à melhoria, paradoxalmente ao modelo gerencial de contrato de desempenho, o pagamento por estimativa e

em alguns casos **com altíssima tolerância para com serviços não oferecidos**, conforme ajustado em contratos de gestão pelo estado de São Paulo e pelos municípios paulistas, desestimula a OSS a perseguir a excelência na sua atuação e a melhoria contínua na qualidade e quantidade dos serviços

⁷⁷ Aqui o conceito informal da “fila interna” em que o gestor público faz a regulação do doente para um nível de complexidade maior, entendendo como cumprida sua função quando o usuário tem sua consulta marcada e é atendido numa instituição contratualizada do SUS, e esse usuário entra para um “metaverso” invisível ao gestor público, em que a instituição contratualizada pode marcar o tratamento clínico ou cirúrgico para ser efetivamente realizado para meses ou até anos depois dessa primeira consulta médica, quando não ocorre de nem ao menos ser marcado para dali a alguns anos, de ficar em suspenso e incerto, aguardando ser chamado pelo Prestador em algum momento para que se institua o tratamento necessário, essa fila interna somente se torna “visível” para o gestor público ao ser demandado judicialmente.

prestados, acomodando-as em padrões de eficiência e efetividade claramente subavaliados e inferiores aos necessários em face dos vazios da rede de assistência e dos anseios dos usuários e sem a implementação de esforços na absorção da demanda reprimida (PINTO e AMARAL, 2018a, p. 167).

No estado de São Paulo o Decreto n. 64.367/2019 criou o Portal Eletrônico das OS para que fosse feita a divulgação das informações dos contratos de gestão, para servir como ferramenta de transparência, entretanto, mesmo com a criação de órgãos responsáveis pelo portal, este não passa de um arquivo digital com documentos, sem análises mais aprofundadas ou comparativos dos equipamentos públicos gerenciados por diferentes OS, e sem possibilidade de participação dos usuários dos serviços (CARDOSO, 2022, p. 97-98).

Ao criticar o Portal Eletrônico das Organizações Sociais criado em São Paulo que, para Cardoso (2022, p. 97-98), não entrega o que promete uma vez que não estão reunidas todas as informações dos contratos de gestão, tampouco relatórios que informem o monitoramento e avaliação dos resultados, cita como exemplo de ferramenta mais ampla de transparência e controle outro portal já criado pelo governo federal no âmbito dos equipamentos da assistência social, o portal dos Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania – MOPS que possibilita a identificação e visualização da localização desses serviços públicos de assistência social, de postos de saúde, e a extração de relatórios sócio territoriais com base no Cadastro Único e do Censo Demográfico, gerando cartogramas que são indispensáveis para planejamento de políticas públicas por área.⁷⁸

No município de Porto Alegre, 86% das unidades básicas passaram a ser geridas pelas organizações sociais em contratualização com a SMS de Porto Alegre, os servidores públicos da administração direta foram remanejados para Centros de Especialidade ou funções administrativas na gestão da SMS e os empregados públicos do IMESF, da administração indireta, foram demitidos. Antes de 2011 o modelo de APS preponderante era de servidores públicos dos quadros da administração direta da SMS; a partir de 2011 houve dois modelos de prestação de serviços na APS, continuaram os serviços prestados por servidores da administração direta nos postos de saúde e foi criado o Instituto

⁷⁸ MOPS – Mapas Estratégicos para Políticas de Cidadania. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/mops/>. Acesso em 10 de junho de 2023.

Municipal da Estratégia da Família – IMESF, com quadro de empregados públicos da administração indireta, ambos os modelos coexistiram na APS até meados de 2020.

Assevera Di Pietro (2022, p. 355) que a regulamentação das entidades qualificadas como OS pelo Poder Público teve a intenção de permitir que se transferissem para essas entidades as atividades que antes eram exercidas pela administração pública direta ou indireta, sendo, assim, uma modalidade de privatização.

Contudo, uma vez que não foram vendidas ações ou passada a propriedade dos equipamentos públicos às OS que assumiram a APS de Porto Alegre, embora tenha se extinguido entidade da administração indireta (o IMESF foi extinto por determinação judicial) e, nessas unidades de saúde em que saíram os estatutários e os profissionais do IMESF, assumiram a gestão dos equipamentos e prestação de serviços as OSC, podendo ser considerado um afastamento do regime publicista, portanto, num processo de desestatização continuado, como se detalhará mais adiante.

Frise-se que a contratualização citada, e delegação de atividade estatal ao terceiro setor representado pelas OSC, em tese, não tem por objeto o fornecimento de mão de obra para a Administração Pública, conforme previamente explicado, não se trataria de terceirização de mão-de-obra de atividades-fim, portanto, ainda que isso acabe acontecendo na realidade, como se pode extrair da experiência da contratualização da APS em Porto Alegre em que parte dos cerca de 500 trabalhadores do IMESF, que já haviam deixado seus cargos antes de serem oficialmente demitidos, foram contratados pelas OS, nos próprios postos de saúde concedidos, junto a outros profissionais contratados para comporem as equipes de ESF na prestação de serviços de saúde no SUS sob regime privado celetista geral (FERRAZ, 2020).

Pelo exposto até aqui, concorda-se com Santos e Carvalho (2018, p. 329) que entendem que a contratualização ainda não alcançou a qualidade necessária no SUS, os gestores públicos não compreendem os conceitos, não possuem conhecimentos jurídico-administrativos e sanitários, desconhecem as fases contratuais, não fazem adequada avaliação de desempenho, fiscalização, controle ou planejamento, e, quem não sabe contratar, por consequência, não vai saber avaliar e fiscalizar.

Aqui retoma-se discussão sobre o controvertido significado da complementaridade privada ao SUS, Lenir Santos (2022, p. 2) informa que o regime de

complementaridade na saúde pública antecede a criação do SUS, tendo sido amplamente discutido na Assembleia Nacional Constituinte, foi constitucionalizado no §1º do art. 199 de modo a acomodar os ajustes que existiam com o INAMPS (extinto em 1993) que contratava, à época, 70% dos serviços médico-hospitalares do setor privado, o modelo de contratos era o de compra de serviços privados de saúde, a forma de controle e pagamento era muito criticado em decorrência de muitos escândalos de corrupção associados.

Conforme previamente discorrido, para Lenir Santos (2022, p. 3), as parcerias público-privadas, as OS, as OSCIP, o serviço social autônomo e a terceirização de serviços *stricto sensu* (Decreto Federal n. 9.507/2018) são regimes diversos e distintos da complementaridade, uma vez que são modalidades regidas por leis próprias que buscam alcançar maior vantajosidade para a Administração Pública e não suprir a insuficiência de serviços, a complementaridade se referiria tão-somente à compra de serviços à rede privada que fossem insuficientes em determinada área. Nessa ideia, portanto, a saúde tem, preponderantemente, duas formas de participação público-privada, a complementaridade e as organizações sociais.

É sabido que a assistência à saúde é atividade livre à iniciativa privada, havendo, contudo, serviços na área da saúde que são exclusivos, ou seja, indelegáveis pelo Poder Público como é o caso da vigilância sanitária, nessa linha, para Lenir Santos (2022, p. 4) a APS

por seus fundamentos de ordem técnica e assistencial e pela organização do SUS, é definida como um serviço estratégico do SUS, o que leva a considerar sua vocação essencialmente pública e, a princípio, a afastaria de programas de privatização, concessão, terceirização, complementaridade etc. As atividades públicas estratégicas, de caráter estrutural, levam a considerar que não estaria consentida sua privatização[...].

Nesse passo, a APS não deveria ser objeto de transferência ao setor privado por envolver papel ordenador no SUS que é próprio do Estado, uma vez que é serviço estratégico com incumbência de ordenar os demais serviços na rede de atenção à saúde, inclusive com atribuição de vigilância sanitária, programas de promoção da saúde e proteção, responsabilizando-se pelos registros da assistência realizada (prontuários e outros documentos), nos quais está contida a história de saúde do cidadão, bem como toda a trajetória no sistema público, fazendo o filtro aos outros níveis de complexidade e detendo os itinerários terapêuticos (dependente de regulação assistencial), sendo assim

deveria ser mantida sob vinculação à administração direta ou indireta (SANTOS e CARVALHO, 2018, p. 331).

É ínsita à APS a prerrogativa de poderes estratégicos do Estado, promove a conscientização individual e da sociedade com relação à saúde, o que não é tarefa comezinha, demanda conexões multidisciplinares e intersetoriais do SUS para implementação de meios de promover e proteger a saúde, múnus essencialmente de ordem pública, investida no papel central do planejamento sanitário e dos planos de desenvolvimento regional, influenciando sobre os determinantes sociais em saúde. Por isso afirma-se que a APS deve estar nas mãos do Estado de modo exclusivo (SANTOS, 2022, p. 14).

Os poderes estatais contemplam poderes sancionatórios, poder de ordenação e regulatório, poder de controle e fiscalização, poder político-estratégico. Desse modo, a APS detém papel político estratégico-sanitário nos moldes de um serviço-alicerce, constituindo base estrutural da promoção, proteção e recuperação da saúde coletiva e individual, sempre de modo sistêmico, incorporando ações de vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional e ambiental, entre outras, a categoria profissional de saúde atrelada à APS por excelência, o agente comunitário de saúde, com previsão legal de atribuição laboral própria do SUS corrobora essa vocação pública, ações preventivas coletivas de ampla cobertura e impacto populacional como a imunização, a busca ativa das pessoas no território de atuação, a educação sanitária, todas ações de planos e programas estratégicos do Estado e atendendo o artigo 196 da CRFB/88 (SANTOS, 2022, p. 14-15).

Concluída a seção com essa cognição sobre a função estratégica de Estado da APS no SUS, motivo pelo qual deveria ficar sob regime jurídico estatal direto ou indireto, passa-se à análise da decisão da Min. Rosa Weber em 12 de setembro de 2019, que negou o seguimento dos recursos contra a decisão do TJ-RS de 2013 sobre a inconstitucionalidade da lei que criou o IMESF, principal circunstância deflagradora do início da contratualização da APS em Porto Alegre, em governo municipal alinhado ao modelo gerencial e, poucos meses antes do anúncio da pandemia de COVID-19, o que se passa a descrever no próximo tópico junto à pesquisa empírica sobre os dados da contratualização da APS.

3 PESQUISA EMPÍRICA: A EXTINÇÃO DO IMESF, RESTRIÇÃO DO MAIS MÉDICOS, RELOTAÇÃO DOS ESTATUTÁRIOS E CONTRATUALIZAÇÃO DA APS

Estudadas as peculiaridades da contratualização da saúde e a utilização das OSC, a controvérsia sobre o debate da complementaridade ao SUS, e, acatando o alinhamento proposto por Lenir Santos sobre o papel estratégico e de funções indelegáveis de Estado da APS no SUS, passa-se à pesquisa empírica.

A pesquisa empírica documental indireta, exploratória e descritiva, envolveu o levantamento e análise de dados públicos secundários de acesso livre e irrestrito, portanto sem a necessidade de busca de autorização ou passagem por comitês de ética ou de outras solicitações ao Poder Público Municipal.

As fontes principais para o acesso das informações foram o SCNES, no sítio <https://cnes.datasus.gov.br/>; o Diário Oficial de Porto Alegre – DOPA no sítio www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/; os dados dos indicadores de qualidade da APS no SISAPS no sítio oficial <https://aps.saude.gov.br/> (dentre outros a partir deste); os sítios da Prefeitura de Porto Alegre e os Portais da Transparência <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br> e SGP – Sistema de Gestão de Parcerias <https://prefeitura.poa.br/smtc/projetos/sgp-sistema-de-gestao-de-parcerias>.

O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES é uma espécie de CPF identificador dos estabelecimentos de saúde, atualizado mensalmente com as informações oficiais de cadastro de todos os estabelecimentos de saúde no país, independente da natureza jurídica, quer sejam públicos, conveniados ou privados, com convênio SUS ou não, pessoa física ou jurídica que realiza qualquer tipo de assistência à saúde no território brasileiro. Os estabelecimentos de saúde encaminham as informações ao gestor municipal, que faz o encaminhamento ao gestor estadual e ao Banco de Dados do MS.

Foram analisados os documentos públicos de decisões administrativas, pareceres técnicos, editais de publicação e seus anexos, editais de credenciamento, chamamento e contratações das OS, as informações contidas quanto a valores, indicadores, mapeamento,

termos aditivos e dados considerados relevantes e publicados no DOPA ou disponibilizados em sítios públicos relacionados à contratualização.

Os dados de indicadores de saúde da APS foram extraídos do sítio oficial <https://aps.saude.gov.br/>, com a aba e-gestor da atenção básica que dá acesso a dados públicos do Sistema de Gestão e informação da APS de painéis de indicadores da APS no sítio <https://egestorab.saude.gov.br/> na seleção “Relatórios Públicos” acessa-se o SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, e os “Painéis de Indicadores da APS” com a disponibilização de dados e informações <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/> com base de dados desde o ano de 2007 sobre a cobertura de ESF no Brasil e de indicadores de saúde a partir do 1º quadrimestre de 2018.

A Portaria n. 2.436/2017 da PNAB impõe ao ente municipal a responsabilização pela manutenção da atualização mensal do cadastro de equipes, profissionais, cargas horárias, serviços disponibilizados, equipamentos no SCNES vigente, em conformidade com a regulamentação específica (art. 10, inciso V).

O SCNES, cadastro oficial do MS, possui a descrição da capacidade instalada, os equipamentos e rejeitos, todo os profissionais cadastrados de acordo com código de CBO – Classificação Brasileira de Ocupação e por CNS⁷⁹ – Cartão Nacional de Saúde, esse último identifica toda população usuária do SUS, independentemente de ser usuário, operador ou profissionais da saúde.⁸⁰

O CNES identifica também a vinculação por nome, CNS, CBO e tipo de vínculo à unidade, na amostra pesquisada encontrou-se os seguintes vínculos: “vínculo empregatício”, “intermediado” ou “bolsista”, o vínculo empregatício tem os tipos: “emprego público, estatutário e celetista” e o “intermediado” tem o tipo “celetista”. O CNES também

é a base cadastral para operacionalização de mais de 90 (noventa) sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre

⁷⁹ CNS – Cartão Nacional de Saúde, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cns>. Acesso em 3 de maio de 2023.

⁸⁰ A Portaria n. 1.701 de 25 de outubro de 2018 instituiu a documentação oficial do CNES do conjunto mínimo de dados da atenção à saúde, repositório de terminologias em saúde e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS (SIGTAP). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt1701_16_11_2018.html. Acesso em 3 de maio de 2023.

outros. É uma ferramenta auxiliadora, que proporciona o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, de forma a auxiliar no planejamento em saúde das três esferas de Governo, para uma gestão eficaz e eficiente. (...) ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.⁸¹

O tipo de equipe de código 70, para fins de cadastro no SCNES, como uma UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família, referente à equipe de Saúde da Família – Esf, privilegiando sempre a especificidade de que a categoria profissional seja especialista na ESF e de carga horária de 40 horas semanais, deve ter a composição mínima de: 1 médico da ESF (CBO 2251-42), ou médico generalista (CBO 2251-70), ou médico de família e comunidade (CBO 2251-30); 1 enfermeiro de ESF (CBO 2235-65), ou enfermeiro (CBO 2235-05); 1 técnico ou auxiliar de enfermagem (CBO 3222-05), ou técnico de enfermagem de ESF (CBO 3222-45), ou auxiliar de enfermagem (CBO 3222-30), ou auxiliar de enfermagem da ESF (CBO 3222-30); e, 1 agente comunitário de saúde (CBO 5151-05), sendo essa categoria opcional para equipe de SF Ribeirinha e para ESF (BRASIL, 2020).

O Agente de Combate às Endemias, ACE, que pode fazer parte da equipe, assim como os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal, preferencialmente especialistas em ESF, o quantitativo de ACS por equipe tem definição de base populacional e critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos da localidade. Para transferência de incentivos federais para custeio dos ACS, deve haver o cumprimento dos critérios de cadastro e credenciamento, bem como dos critérios específicos, e eles precisam estar vinculados a equipes de eSF, eAP, eCR, eSFR (*ibidem*).

O tipo de equipe de código 76, para fins de cadastro no SCNES, referente à equipe de Atenção Primária – eAP (ou eAB), deve ter a composição mínima de médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas de ESF, podendo haver cumprimentos de cargas horárias de 20 horas ou 30 horas semanais (BRASIL, 2020).

⁸¹ CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, disponível em: <https://wiki.saude.gov.br/cnes/>. Acesso em 3 de maio de 2023.

O sistema de saúde identifica todos os usuários por meio do CNS, bem como todos os profissionais do SUS, essa identificação possibilita o registro e acompanhamento de todos pela rede de serviços, o lançamento aos sistemas de informação de financiamento do SUS correlacionam os dados gerados mensalmente pelo Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, Sistema de Informações Hospitalares – SIH, Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos – SIGTAP e CNES, toda produção dos profissionais e estabelecimentos, para receberem os recursos, precisam estar cadastrados nesses sistemas, o Datasus é o órgão responsável pela integração desses sistemas informatizados de saúde no país, esse mapeamento gera informações que dão suporte para o planejamento na saúde e redução de fraudes (SOLHA, 2014, p. 58).

Os dados disponibilizados no sítio da prefeitura de Porto Alegre, com a busca “unidades de saúde” que abre a carta de serviços da atenção primária à Saúde – Unidades de Saúde: <<https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/atencao-primaria-saude-unidades-de-saude>>, a partir da “Lista de postos de saúde (A-Z)” pesquisam-se os postos de saúde, seus horários de atendimento e especificidades.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB processa e disponibiliza a visualização do relatório de Indicadores de Desempenho da APS na página do SISAB no portal e-GESTOR AB, há informações públicas, mas também restritas, as restritas são concedidas a gestores federais, estaduais, municipais, distritais, representantes do CONASS e CONASEMS cadastrados previamente no sistema (BRASIL, 2022, p. 1-2).

Esses dados são os avaliados no componente de Desempenho da APS no Programa de Financiamento da APS – o Previne Brasil, originando-se dos sistemas da Estratégia e-SUS AB da Coleta de Dados Simplificadas (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Aplicativos Móveis disponibilizados pelo MS, e sistemas de terceiros da tecnologia Apache Thrift. Esse registro é gerado pelos profissionais que compõem as equipes na APS no país, conteúdo enviado para a base nacional de dados e de responsabilidade municipal (*ibidem*).

Esses relatórios apresentam os resultados dos Indicadores de Desempenho e do Indicador Sintético Final (ISF) que subsidia o pagamento por desempenho das equipes e APS pelo Programa Previne Brasil Índice Sintético Final. Junto à base de dados do

SISAB, utilizam-se bases de dados externas para calcular e mensurar estimativas em saúde para compor os cálculos dos denominadores estimados. Essas fontes vêm de dados de estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) considerando sua atualização (BRASIL, 2022).

Dentre os dados de responsabilidade municipal enviados mensalmente até o 10º dia útil subsequente ao fim da competência estão a identificação do IBGE por Município, Estado ou Região, a identificação por código CNES do estabelecimento, nome da UBS, código INE e Siglas das equipes. O relatório apresenta uma visualização semafórica do percentual alcançado da meta, de acordo com cada indicador, as cores (vermelho, laranja, verde e azul) são atribuídas a partir do cálculo entre o valor do resultado do indicador dividido pela meta definida para o indicador, verificam-se os intervalos e cores no Quadro 2 seguir.

Somente os usuários com perfil de gestor municipal no SISAB conseguem detalhar o relatório ao nível de visualização “CNES+INE” em que se verifica o desempenho de cada unidade de saúde e de cada equipe específica (BRASIL, 2022, p. 2).

Quadro 2 – Sinalização semafórica do alcance dos indicadores

indicador	Meta	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
indicador 1	45%	<18%	≥18% e <31%	≥31% e <45%	≥45%
indicador 2	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
indicador 3	60%	<24%	≥24% e <42%	≥42% e <60%	≥60%
indicador 4	40%	<16%	≥16% e <28%	≥28% e <40%	≥40%
indicador 5	95%	<38%	≥38% e <67%	≥67% e <95%	≥95%
indicador 6	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%
indicador 7	50%	<20%	≥20% e <35%	≥35% e <50%	≥50%

Fonte: Nota técnica de indicadores do SISAB (BRASIL, 2022)

Os indicadores de qualidade da análise de desempenho são os seguintes: indicador 1 – Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; indicador 2 – Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; indicador 3 – Proporção de

gestantes com atendimento odontológico realizado; indicador 4 – Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; indicador 5 – Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada; indicador 6 – Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e, indicador 7 – Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre (BRASIL, 2022, p. 4-7).⁸²

A SMS de Porto Alegre celebrou termos de colaboração com quatro Organizações da Sociedade Civil – OSC em regime emergencial com a justificativa do risco de descontinuidade de serviços após a decisão judicial que ocasionou a demissão dos profissionais do IMESF, e também por risco de perder recursos federais do Programa Saúde na Hora que impunha número mínimo de equipes de ESF até data limite de final de 2019. Os termos de colaboração emergenciais tinham a previsão de vigência por 180 dias (90 dias com possibilidade de prorrogação por mais 90 dias), tendo perdurado, no entanto, por 240 dias.

As quatro OSC contratualizadas em procedimento emergencial foram: Irmandade Santa Casa de Misericórdia que geriu 9 unidades de saúde (10%) das regiões Noroeste/Humaitá/Navegantes e Ilhas e Região Centro e Região Leste/Nordeste e Norte/Eixo/Baltazar; a Sociedade Sulina Divina Providência gerenciou 34 unidades de saúde (36%) das regiões Glória/Cruzeiro/Cristal e Região Partenon/Lomba do Pinheiro; a Associação Hospitalar Vila Nova com 22 unidades de saúde (23%) das regiões Restinga, Centro/Sul, Sul; e a Fundação Universitária de Cardiologia com 29 unidades de saúde (31%) na região Leste e Norte.

O número de unidades de saúde sob o controle das OSC chegou ao percentual de 86% da APS, sob administração direta ou própria ficaram apenas 5 unidades de saúde (4%), do total de 137 unidades de saúde no município de Porto Alegre em junho de 2023, então são 132 unidades sob contratualização (96%), 118 por meio de parcerias com OSC (86%) e 14 unidades por meio de convênios com administração indireta federal (10%).

⁸² Os dados são submetidos a processos de validação, podem ser invalidados por inconsistências cadastrais do usuário, profissional e estabelecimento.

Após 8 meses de contratualização emergencial houve a celebração de novos termos de colaboração pactuados com dispensa de chamamento público com vigência de 24 meses, nesse segundo momento, a Fundação Universitária de Cardiologia não assumiu unidades, e a OSC União Brasileira de Educação e Assistência (PUC) passou a fazer a gestão de uma unidade (1), e as outras três OSC Associação Hospitalar Vila Nova (24), Irmandade Santa Casa de Misericórdia (43) a Sociedade Sulina Divina Providência (35) mantiveram-se na gerência de unidades da APS.

As três OSC Associação Hospitalar Vila Nova (29), Irmandade Santa Casa de Misericórdia (51) a Sociedade Sulina Divina Providência (39) ainda tiveram novo termo de colaboração firmado com dispensa de chamamento em decorrência de problemas no procedimento de Chamamento Público n. 001/2022 que acabou sendo revogado, a União Brasileira de Educação e Assistência (PUC) permanece na gestão de uma unidade (1) com a peculiaridade de que atua em imóvel próprio e seu termo de colaboração é por inexigibilidade de chamamento, portanto não participou do procedimento de chamamento.

Por fim, no Chamamento Público foram selecionadas as mesmas três OSC que se mantiveram na gestão de unidades de saúde desde a contratação emergencial inicial: Associação Hospitalar Vila Nova (29), Irmandade Santa Casa de Misericórdia (29) a Sociedade Sulina Divina Providência (37) e, no chamamento nova OSC assumiu unidades de saúde em Porto Alegre, o Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano – IB-Saúde (22). A União Brasileira de Educação e Assistência (PUC) permanece na gestão de uma unidade (1) por inexigibilidade de chamamento.

No próximo tópico, a partir da pesquisa empírica e análise documental, detalha-se como se deram os fatos e a realocação dos profissionais do modelo de administração pública direta e indireta de prestação de serviços na APS para um modelo majoritariamente administrado pela iniciativa privada de contratualização do terceiro setor por meio das OS (86%) e minoritário de convênios com administração indireta federal (10%) e bem reduzido de administração direta (menor do que 4%)⁸³, as

⁸³ Percentual relacionado ao quantitativo de unidades de saúde do município de Porto Alegre administrado pelo terceiro setor (86%), administração indireta por convênios com o ente federal (cerca de 10%) e administração direta própria municipal (menor do que 4%) como detalhado no capítulo.

circunstâncias que desencadearam a decisão emergencial do poder público para a contratualização da APS às OS no município de Porto Alegre: a extinção do IMESF, a restrição do Programa Mais Médicos e saída de Cuba do programa, investimentos e priorização da APS pelo governo federal, a visão gerencial do governo municipal nesse momento.

3.1 As circunstâncias da contratualização da APS às OSC

Conforme já descrito anteriormente, o PSF foi apresentado aos municípios brasileiros pelo governo federal em 1994, no município de Porto Alegre somente em junho de 1995 um grupo de profissionais da SMS e da Saúde Comunitária do GHC começou a elaborar projeto para instalar o programa na cidade de Porto Alegre, após debates em seminário internacional sediado no município em julho do mesmo ano, foram definidos os locais de implantação, e feitas as negociações sobre os convênios entre a prefeitura de Porto Alegre e associações comunitárias legalmente constituídas para repasse de recursos aos profissionais das equipes do PSF, o programa recebeu a aprovação do CMS em 21 de setembro de 1995 (MARTINI, 2000, p. 72-73).

Em 1996 houve concurso público com processo seletivo para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Até o ano de 1999 foram instaladas 28 equipes de PSF, cada equipe era constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários, sendo que cada equipe seria responsável pelo atendimento de 800 a 1000 famílias (*ibidem*).

Breve histórico sobre o início da implementação do PSF em Porto Alegre foi levantado na ADI proposta pelos sindicatos contra a lei que instituiu o IMESF. Do começo do programa em 1996 por meio de contratação interposta inicialmente com associações de moradores, após com a Fundação de Apoio da UFRGS – FAURGS, depois

com o Instituto Sollus⁸⁴⁸⁵, e após o Instituto Fundação Universitária de Cardiologia. Houve muitos problemas com o controle dos gastos e a contratação intermediada dos profissionais, muitas vezes sem concurso público (RIO GRANDE DO SUL, petição inicial, p.6).

Em decorrência de histórico conturbado na implementação do PSF, inclusive com desvios criminosos dos recursos públicos (vide notas explicativas 84 e 85 sobre Instituto Sollus), em 2007 foi firmado Termo de Ajustamento de Conduta – TAC entre o Município de Porto Alegre e o Ministério Público do Trabalho, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, no qual o município firmou o compromisso de

I – abster-se de contratar, após a assinatura do presente termo, profissionais para a área de atenção básica à saúde do Município, incluindo a função de Agente Comunitário de Saúde e/ou demais trabalhadores vinculados à saúde da família, a qualquer título, sem a realização de concurso público ou processo seletivo público, nos moldes legais (artigo 37, inciso II, e artigo 198, § 4º, da Constituição da República; Emenda Constitucional nº 51, de 14.02.2006); [grifou-se].

II – providenciar, até março de 2008, o envio de projeto de lei à Câmara Municipal que tenha como objeto as admissões dos profissionais necessários à atenção básica de saúde do município, modo direto, via processo público (concurso ou seleção), nas quantidades preconizadas pela Portaria nº 648, de 28.03.2006, do Ministério da Saúde, ou documento que vier a substituí-la, extinguindo o vínculo com aqueles que não preenchem o disposto no inciso I, ainda que contratado por pessoa interposta.⁸⁶

⁸⁴ OSCIP paulista – Instituto Sollus que coordenou o PSF em Porto Alegre entre 2007 e 2009, mediante convênio assinado com a prefeitura em agosto de 2007 para gerenciamento de postos de saúde, foi investigado pela suspeita de desvio de R\$ 9 milhões dos cofres públicos de Porto Alegre. A Operação Pathos da Polícia Federal apurou desvio de R\$ 400 mil mensalmente por meio de contratações fictícias com apresentação de notas falsas, sendo que boa parte dos trabalhos contratados pelo Sollus não eram efetivamente realizados. Notícia online de 19 de fevereiro de 2013. Disponível em: <https://www.altiaqui.com.br/2013/02/19/grupo-paulista-que-coordenou-programa-da-saude-da-familia-em-porto-alegre-e-que-teria-desviado-r-9-milhoes-esta-sendo-investigado/>. Acesso em 19 de maio de 2023.

⁸⁵ Depois de 8 anos de tramitação o município de Porto Alegre ganha ação judicial contra os sócios do Instituto Sollus para reaver valores desviado pela OSCIP, foram bloqueados bens dos sócios nos municípios paulistas de Sorocaba e Votorantim para leilão. A dívida da OSCIP por desvios no gerenciamento do PSF nos postos de saúde de 2007 a 2009 pelo convênio celebrado com o município de Porto Alegre chegava a cerca de R\$ 11,4 milhões em 21 de maio de 2019. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/pgm/noticias/instituto-sollus-pgm-ganha-acao-e-socios-terao-bens-leiloados>. Acesso em 19 de maio de 2023.

⁸⁶ Autos da Ação Trabalhista – Rito Ordinário - 0021331-72.2019.5.04.0022 – TRT 4ª Região. p.7. (PI-MPT 520/2004 e PA-MPF 952/2003). Disponível em: <https://www.trt4.jus.br>. Acesso em 19 de maio de 2023. Há no mínimo 3 ações envolvendo a execução do TAC, sob n. 001/1.10.286310-5, na 10ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre, ajuizada pelo Ministério Público Estadual na Justiça Estadual, a que o MPT ajuizou: n. 0021359-06.20195.04.0001 na Justiça do Trabalho, e a que o MPF ajuizou n. 5033757-

Somente em 2011, provavelmente no intuito de se ajustar ao compromisso e para dar sequência à implementação do PSF, foi sancionada lei autorizando a instituição do IMESF, uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, entidade jurídica sem fins lucrativos criada pela Lei Municipal n. 11.062 em 6 de abril de 2011⁸⁷ pelas autoridades investidas à época como prefeito de Porto Alegre, secretário municipal de saúde e secretário municipal de gestão e acompanhamento estratégico.⁸⁸

O IMESF foi criado com o fim de atuar exclusivamente “no âmbito da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre do Sistema Único de Saúde (SUS), de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira e prazo de duração indeterminado”, a fundação passou a integrar a Administração Indireta do Município de Porto Alegre sob o regime jurídico das entidades privadas sem fins lucrativos e de assistência social.

O IMESF ficou vinculado à SMS, responsável pela sua supervisão e o estabelecimento das diretrizes a serem seguidas, o planejamento, a avaliação, o controle, a regulação, os parâmetros de cobertura de atenção universal e equitativa à saúde com eficácia e eficiência, as metas quantitativas e qualitativas, as articulações e pactuações interfederativas, políticas das ações e serviços de saúde e a forma de acompanhamento do contrato de serviços (art. 4º, §único, incs. I a VI).

A receita do IMESF foi prevista no art. 20 da lei de sua instituição como sendo decorrente de contratos de gestão de serviços, de auxílios, subvenções e repasses públicos, dentre outros, e, frisam-se, no inc. IV “os recursos derivados de contratos, convênios e outros instrumentos congêneres por ela celebrados com o Poder Público”; e, nos §§1º e 2º a previsão de que os serviços de acesso universal e gratuito seriam prestados com exclusividade ao Poder Público por meio de contratos de gestão de serviços, e que os contratos de gestão firmados com o IMESF seriam publicizados.

Com relação ao regime de emprego e do pessoal, a lei do IMESF dispôs no art. 21 que os empregados públicos a integrem as equipes multidisciplinares teriam o regime

87.2020.4.04.7100/RS na Justiça Federal: A ação n. 5021144-82.2020.8.21.0001, tem intuito de desconstituir o TAC teve competência declinada à Justiça Federal.

⁸⁷ Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br>. Acesso em 24 de set. de 2022.

⁸⁸ O prefeito era José Fortunatti, o secretário municipal da saúde Carlos Henrique Casartelli e o secretário de gestão e planejamento Newton Baggio.

da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo sua admissão mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, o art. 22 estabelecia que o contrato de trabalho seria por prazo indeterminado e, sua rescisão, por ato unilateral da Administração Pública, somente ocorreria nas hipóteses de falta grave, acumulação de cargos, empregos ou funções públicas, necessidade de redução de quadro de pessoal por estrapolação de despesas ou insuficiência de desempenho (art. 22, incisos I a IV).

Os debates durante a criação do IMESF já levantavam a questão de que a fundação era um modelo de gerencialismo, uma brecha que estava sendo aberta à privatização dos serviços de saúde básica, pois, em que pese fosse uma fundação pública, tinha personalidade jurídica de direito privado e a contratação da equipe multidisciplinar era celetista.

Na sessão da câmara municipal de Porto Alegre que após 6 horas de debates aprovou a criação do IMESF com a votação de 26 vereadores favoráveis e 10 contrários, entre as opiniões contrapostas, o diretor-geral do Sindicato dos Municipários de Porto Alegre (Simpa)⁸⁹ contrário à criação do instituto afirmava que “a possibilidade de se privatizar a saúde, a segurança e a educação significa a falência do gestor público”, já o secretário municipal de saúde⁹⁰, favorável ao IMESF e subscritor da lei que o criou, afirmava que o atendimento de saúde da família permaneceria sob controle estatal, que, portanto não se tratava de terceirização ou privatização (RIBEIRO, 2011).

O Sindicato Médico do Rio Grande do Sul – SIMERS posicionou-se contrariamente à criação do IMESF por se tratar de fundação pública de direito privado e ter a previsão de contratação de profissionais pelo regime da CLT, para o presidente do SIMERS⁹¹, a criação do IMESF era inconstitucional⁹².

Em contrariedade à criação do IMESF, além do SIMERS, estava o Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul – SERGS, o Sindicato dos trabalhadores de Saúde, enfermeiros, técnicos, duchistas, massagistas e empregados em hospitais e casas de saúde do RS – SINDISAÚDE-RS, dentre outras instituições que se posicionaram contra um

⁸⁹ O diretor do Simpa era Marcos Fernando.

⁹⁰ O Secretário Municipal da Saúde era o médico pediatra Carlos Henrique Casartelli.

⁹¹ O presidente do SIMERS era o médico Paulo de Argollo Mendes.

⁹² Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/vereadores-da-capital-aprovam-sess%C3%A3o-extraordin%C3%A1ria-para-vota%C3%A7%C3%A3o-do-imesf-1.54627>.

Acesso em 24 de set. de 2022.

regime jurídico que modificaria as relações de trabalho na gestão pública, e mesmo antes de ter sido aprovada a lei que instituiu o IMESF, já se manifestavam no sentido de que proporião uma medida judicial destinada a apontar a inconstitucionalidade caso a lei fosse aprovada (DEUS, KERSH e CASTILHO, 2020, p. 12), o que acabou por acontecer.

Foram dezessete sindicatos e entidades representativas a proporem a ADI que pedia a extinção do IMESF, o Tribunal de Justiça do RS decidiu em 17 junho de 2013 pela inconstitucionalidade da lei que criou o IMESF, dessa decisão foram opostos Embargos de Declaração – EDCL n.º 70055547665 (N.º CNJ: 0279393-29.2013.8.21.7000), acolhidos em parte no sentido de adiar a eficácia da decisão por 3 meses a contar da publicação da decisão dos embargos, prazo que finalizava em 9/01/2014, para efeito de anulação da Lei Municipal n. 11.062/2011.

A ADI⁹³, questionando a constitucionalidade da Lei Municipal n. 11.062/ 2011 que autorizou o executivo municipal a instituir a fundação IMESF, foi proposta por entidades sindicais da saúde e de trabalhadores de outras áreas e associações⁹⁴ em face da Câmara Municipal de Porto Alegre e do Município de Porto Alegre, no mérito, por maioria, o acórdão de 17 de junho de 2013 julgou procedente o pedido de inconstitucionalidade da lei criadora do IMESF, o relator do acórdão foi o Desembargador Jorge Luís Dall’Agnol, o voto vencido do Desembargador Luís Augusto Coelho Braga.

Os proponentes da ADI fundamentaram o pedido de inconstitucionalidade e retirada do ordenamento jurídico da Lei n. 11.062/2011 pela ofensa aos arts. 8º, *caput*, 19, 21, § 2º, 30 e 241 da Constituição Estadual e art. 37, inciso XIX da CRFB de 1988.

⁹³ Disponível no tjrs.jus.br/novo sob Número Themis 70046726287, número CNJ 0605422-14.2011.8.21.7000, Processo de 1º grau 001/0.00.0110621-1. Acesso em 25 de set. 2022.

⁹⁴ Proponentes da ADI: Associação Brasileira em Defesa dos Usuários de Sistema de Saúde (ABRASUS), Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde (FENASPS), Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio Grande do Sul (SERGS), Sindicato dos Farmacêuticos no Estado do Rio Grande do Sul (SINDIFARS), Sindicato dos Municipários de Porto Alegre (SIMPA), Sindicato dos Servidores da Câmara Municipal de Porto Alegre (SINDICÂMARA), Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (SINDSEPE/RS), Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Rio Grande do Sul (SIMPE-RS), Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde Trabalho e Previdência no Rio Grande do Sul (SINDISPREV), Associação dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde (ASSMS), Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição (ASERGHC), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), Central Única dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul (CUT-RS), Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul (CPERS), Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU), Federação dos Municipários do Estado do Rio Grande do Sul (FEMERGS), Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas do Rio Grande do Sul (FTMRS).

Esses dispositivos da Constituição Estadual remetem à CRFB e, pelo princípio da simetria, tendo em vista a decisão que deu procedência à ADI. Destaca-se a locução do inciso XIX do art. 37 da CRFB: “somente por lei específica poderá ser criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de *fundação, cabendo à lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação*”.⁹⁵

Observa-se, nesse ponto, que a forma federativa de Estado, constitui uma das cláusulas pétreas da ordem constitucional brasileira (art. 60, § 4º, inc. I da CRFB), princípio portanto protegido pela inabolibilidade, conquanto haja certa autonomia para os entes federativos e incentivo à descentralização após a EC n. 19/1998 com a propagação do modelo gerencial, há limites de competências estabelecidos no texto constitucional.

A previsão constitucional da técnica de repartição das competências legislativas concorrentes e das competências materiais ou administrativas comuns dos entes federativos, a ampla capacidade de iniciativa legislativa da União, que por vezes realiza tamanho detalhamento legal que esgota o tema, retirando dos demais entes a possibilidade de regramento diverso e engessando a aplicação de certos atos normativos aos demais entes federativos, que devem submeter suas constituições estaduais ou leis orgânicas aos princípios dispostos na CRFB de 1988 cujas normas expressamente impõem limitações aos demais entes, principalmente no caso das normas organizativas da administração pública, pelo princípio da simetria, há dever de reprodução, no plano estadual, distrital e municipal dos dispositivos fundamentais da estruturação estatal (OLIVEIRA e ARAÚJO, 2020, p. 15).

Para os sindicatos e associações proponentes da ADI além de não haver lei complementar federal disposta sobre áreas de atuação das fundações, não seria possível a concessão de personalidade jurídica de direito privado à entidade que prestasse serviços públicos pois afrontaria o princípio da complementaridade da participação privada na saúde, e que haveria impossibilidade da adoção de regime celetista para admissão de pessoal, uma vez que entidades de direito público deveriam ter regime estatutário, contrariando o princípio da moralidade administrativa do art. 19 da Constituição Estadual

⁹⁵ Esse inciso foi redigido a partir da [Emenda Constitucional nº 19, de 1998](#), como descrito nos capítulos antecedentes, é uma das EC que embasa a descentralização para administração pública indireta, uma das medidas iniciais de flexibilização e tentativa de reduzir o tamanho do Estado.

e a criação da fundação seria uma forma de driblar a necessidade da submissão dos quadros de pessoal ao regime estatutário e de eximir o município do cumprimento ao Termo de Ajustamento de Conduta firmado, e que essa seria uma terceirização de serviços que violaria normas constitucionais⁹⁶.

Por sua vez, o município de Porto Alegre contestou, inicialmente, aludindo ilegitimidade ativa dos proponentes por representarem interesses corporativos e, quanto ao mérito, afirmou a legalidade da criação de fundação pública com personalidade jurídica de direito privado na prestação de serviços de saúde, e não incorrer em violação ao princípio da complementaridade, tratando-se de descentralização de serviços à entidade integrante da Administração, ficando a gestão do IMESF a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (ADI n. 70046726287, p.5).

O município de Porto Alegre arguiu que o artigo 37, inc. XIX, da CRFB é norma de eficácia contida e aplicação plena e imediata, podendo ser restringida posteriormente pela lei complementar referida, sem precisar dela, contudo, para produção dos efeitos, desse modo poderiam ser criadas fundações sem a edição da lei complementar; e alegou que, ainda que o entendimento fosse no sentido de que a norma fosse de eficácia limitada, a omissão legislativa não seria empecilho à necessidade de implementar melhoria à prestação de serviço de saúde. Com relação ao regime jurídico celetista informou que não há óbice por não estar submetido ao regime jurídico único do art. 39 da CRFB, salientando que os agentes do IMESF responderiam perante terceiros com base no art. 37, § 6º, da CRFB, que a lei que instituiu o IMESF previu os institutos de concurso público e licitação.

Ainda conforme o município, o IMESF presta serviços no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, ficando sob a gestão do Secretário Municipal da Saúde, tratando-se de descentralização de prestação da ESF para fundação estatal com personalidade jurídica de direito privado, integrando a Administração Indireta do Município.

A Câmara Municipal dos Vereadores de Porto Alegre, também intimada na ADI, alegou a impossibilidade jurídica do pedido e a incompetência do TJRS uma vez que o art. 37, inc. XIX da CRFB não se repete na Constituição Estadual, e não entendem que o art. 8º, *caput*, da Constituição Estadual remeta ao dispositivo do texto federal em

⁹⁶ Disponível no tjrs.jus.br/novo sob Número Themis 70046726287, número CNJ 0605422-14.2011.8.21.7000, Processo de 1º grau 001/0.00.0110621-1. Acesso em 25 de set. 2022.

discussão. Quanto ao mérito, o Decreto-lei n. 200/1967 recepcionado pela EC n. 19/1998 possibilita a instituição de fundação pública de direito privado para prestação de serviços de saúde, e que o regime celetista se compatibiliza com a natureza da fundação (ADI n. 70046726287, p.6-7).

O Relator da ADI Des. Jorge Luís Dall’Agnol considerou que dentre os proponentes da ação somente a ABRASUS possuía relação de pertinência temática para legitimidade ativa na ação, acolhendo o pedido de ilegitimidade dos outros dezesseis proponentes. Considerou que o TJRS era competente para o julgamento da ADI de lei municipal em face da Constituição Estadual por ofensa aos artigos 8º, *caput*, 19, 21, § 2º, 30 e 241 da Constituição Estadual, e declarou a competência da Corte para apreciação de lei municipal em relação ao art. 37, inc. XIX da CRFB tendo em vista o princípio da simetria (ADI n. 70046726287, p.13).

Considerando o que dispõe o art. 8º da Constituição Estadual: “O Município, dotado de autonomia política, administrativa e financeira, reger-se-á por lei orgânica e pela legislação que adotar, observados os princípios estabelecidos na Constituição Federal e nesta Constituição”, para o relator, é de reprodução obrigatória na Constituição Estadual o que determina o inc. XIX, art. 37 da CRFB, tratando de princípios da Administração Pública que são de seguimento compulsório pelos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (ADI n. 70046726287, p.14).

Dessa forma, quanto ao mérito, o TJRS decidiu que a lei que criou o IMESF contém vício formal de inconstitucionalidade uma vez que a EC n.19/1998 que deu a nova redação do inc. XIX, art. 37 da CRFB, estabeleceu a necessidade de lei complementar que defina as áreas de atuação para a criação das fundações, a lei complementar, por conseguinte, deve anteceder a lei instituidora de fundação pública ou fundação instituída pelo Poder Público com personalidade jurídica de direito privado (*ibidem*, p.18).

O Estado do RS e o Município de Porto Alegre interpuseram o Recurso Extraordinário – RE n. 70057441859 em face da decisão do TJRS, que teve sua admissibilidade apreciada pelo Vice-Presidente do TJRS em abril de 2014, e seguiu para o STF. Sendo provido somente de efeito devolutivo (art. 995 do NCPC), ou seja, não tendo o condão de impedir a eficácia da decisão, para a obtenção do efeito suspensivo, e evitar a extinção do IMESF decorrente da declaração de inconstitucionalidade da lei que

o criou, o município de Porto Alegre propôs junto aos autos do RE, a Ação Cautelar incidental – AC n. 3711 em 8 de setembro de 2014 pedindo medida liminar com efeito suspensivo ao RE interposto em face da decisão de inconstitucionalidade por vício formal da lei que instituiu o IMESF na ADI n. 70057441859/ TJRS.

O efeito suspensivo foi deferido pela Min. Rosa Weber em outubro de 2014 na Ação Cautelar – AC 3.711, posteriormente, em 19 de setembro de 2019 foi revogado, após ser extinto por perda do objeto, depois de negado o seguimento do recurso principal ao qual estava atrelada, conforme explicado adiante (BRASIL, 2019a).

Ao exame do ARE 898.455 (BRASIL, 2019b), em decisão monocrática da Relatora Min. Rosa Weber em 20 de março de 2019, foi negado o seguimento ao RE por não ter identificado ofensa a preceitos constitucionais, não tendo sido atendida a exigência do art. 102, inc. III, “a” da CRFB. Dessa decisão foi interposto Agravo Regimental tanto por ABRASUS e outros (proponentes da ADI), quanto pelo Município de Porto Alegre (requerido na ADI); a Primeira Turma conheceu do agravo e negou-lhe provimento na sessão virtual de 6 de setembro a 12 de setembro de 2019, nos termos da Ministra Relatora.

O Agravo Regimental no ARE 898.455 recebeu por três vezes Embargos de Declaração (BRASIL, 2019c), o terceiro não foi conhecido por ser considerado protelatório, aplicada multa nos embargantes pelo exercício abusivo do direito de recorrer, uma vez que o acórdão em que se alegava omissão e se pedia esclarecimento já havia tido a jurisdição prestada e estava lastreado em jurisprudência firme e em súmulas do STF, “nas quais assentada, de maneira inelutável, a inviabilidade do apelo extremo”, a relatora do acórdão foi a Ministra Rosa Weber, a turma por unanimidade não conheceu dos embargos de declaração apresentados pela terceira vez, foi determinada a imediata certificação e o trânsito em julgado em 8 de setembro de 2019.

Assim, após cerca de 5 anos, em 2019, aos recursos direcionados ao STF, inicialmente em decisão monocrática pela Min. Relatora Rosa Weber foi negado o seguimento, em oposição à decisão monocrática houve a interposição de Agravo Interno/Regimental pelo Município de Porto Alegre no ARE n. 898.455 em 25 de abril de 2019 e, em 12 de setembro de 2019, a maioria dos ministros da Primeira Turma do

STF, seguindo a decisão anteriormente proferida pela Relatora Ministra Rosa Weber, não deu provimento ao Agravo, por conseguinte, negando o seguimento do RE.

Negado definitivamente seguimento aos recursos junto ao STF, por corolário, em 19 de setembro de 2019 a Ministra também negou seguimento da Ação Cautelar 3.711/RS, incidental ao recurso principal, portanto, extinta a cautelar que suspendia os efeitos da eficácia da decisão do TJRS no dia 24 de setembro de 2019, retorna ao mundo jurídico a eficácia dessa decisão de inconstitucionalidade da lei criadora do IMESF, quando o então prefeito⁹⁷ anunciou que o IMESF seria extinto e cerca de 1,8 mil empregados públicos da instituição seriam demitidos, os trabalhadores cumpririam aviso prévio de 30 a 54 dias, as rescisões custariam R\$ 60 milhões de reais.

De um total de 140 unidades básicas de saúde, havia 77 com trabalhadores do IMESF, os custos mensais com a estrutura e os recursos humanos da fundação eram de R\$ 10 milhões de reais por mês (KEPLER, 2019).

O prefeito disse que desde que fora negado o seguimento do RE, a maior probabilidade era no sentido da extinção do IMESF, por isso já vinha sendo elaborada alternativa para contratação emergencial de OSC que prestassem serviços de saúde, o que garantia que a população não ficaria desassistida, e entendia que muitos dos trabalhadores do IMESF poderiam ser absorvidos por essas parcerias. Que em curto espaço de tempo seria aberto edital para chamamento para a contratação definitiva da prestação dos serviços da APS, a entidade vencedora seria a responsável por contratar os profissionais necessários para o atendimento nas unidades de saúde, com novas Clínicas da Família e a gestão e qualificação dos postos existentes, além de quatro unidades abertas em horário estendido até as 22 horas (KEPLER, 2019).

Em uma das estimativas de setembro de 2019 contavam-se 1.840 profissionais técnico-científicos vinculados ao IMESF, 73 médicos, 864 agentes comunitários ou de combates a endemias, 376 técnicos de enfermagem, 247 enfermeiros, 100 cirurgiões dentistas e 133 auxiliares e técnicos de saúde bucal, esses profissionais compunham 264 Equipes de Saúde da Família da cidade de Porto Alegre; das 140 unidades básicas, 77 eram exclusivas do IMESF com 158 equipes, com a fundação houve a ampliação da cobertura de ESF de 24% para 54% de 2012 até 2019 (BUBLITZ, 2019).

⁹⁷ O prefeito era Nelson Marchezan Jr.

A resistência para o cumprimento da extinção do IMESF e as demissões de seus profissionais impôs ferrenhos enfrentamentos judiciais contra o município de Porto Alegre (existentes até os dias de hoje), muitos trabalhadores recusaram-se a assinar os avisos prévios na esperança de que o passar do tempo trouxesse soluções, a postergação da aquiescência provavelmente tenha passado muito pela tenacidade das entidades sindicais, na tentativa de reverter os efeitos inusitados desencadeados pela própria autoria na ADI, que deflagrou o desaparecimento do mundo jurídico da lei criadora da fundação.

Interessante observar que, a certa altura, entre a proposição da ADI até o trânsito em julgado que retirou a lei instituidora da fundação pública do meio jurídico e, conseqüentemente, catapultou a extinção do IMESF, tanto os demandantes quanto os demandados estavam recorrendo com o mesmo intuito, o de impedir o fim do IMESF, a premissa que uniu dezessete entidades e associações sindicais, algumas inclusive sem pertinência temática com a saúde, era que uma fundação pública de direito privado com contratações celetistas prestando serviços de atenção primária pelo SUS, era já a privatização na saúde.

Sob o pretexto do “perigo da privatização”, pelo que se extrai do debate e petições relatados nesse capítulo, esse risco decorria da descentralização dos serviços de saúde e sua passagem à administração indireta, do afastamento do regime publicista, pois o vínculo empregatício do IMESF era pela CLT e não o estatutário da administração direta, e da criação da fundação – ainda que pública – ser de personalidade jurídica de “direito privado”, seja lá que perigos possa suscitar a expressão “de direito privado”.

Fato é que, em franca contradição à defesa do regime jurídico publicista, as conseqüências da ação iniciada pelas entidades sindicais levou a passos ainda mais largos na direção contrária da pretendida, houve maior desestatização, maior afastamento do Poder Público da prestação direta das ações e serviços de saúde, com a porta de entrada e essencialidade da atenção básica no SUS quase integralmente contratualizada à iniciativa privada sem fins lucrativos, o Poder Público manteve a prerrogativa do controle e monitoramento dos resultados e fiscalização dos serviços.

A vinculação empregatícia com as OSC é sem dúvidas mais frágil e a delegação de serviços básicos de saúde a entidades com natureza jurídica do terceiro setor está, numa suposta graduação de desestatização, em posição mais afastada do Estado do que estava

a fundação pública de direito privado, ficou claro que, involuntariamente, as consequências do êxito na obtenção do provimento da ADI no TJRS foram infelizes aos seus proponentes, quando a ABRASUS e os outros sindicatos quiseram impedir a extinção do IMESF, já era tarde⁹⁸.

O “derrotado” na decisão da ADI, o município de Porto Alegre, que no governo de 2011 criou o IMESF, no governo de 2019, por meio de seus procuradores, defendeu a manutenção do IMESF, ainda que a vertente política nesse momento fosse diversa, entretanto, quando a decisão da extinção do instituto tornou-se irreversível, valeu-se da oportunidade para a implementação do modelo gerencial, inicialmente mediante contratualizações emergenciais, da delegação da prestação dos serviços de saúde da atenção primária para entidades privadas sem fins lucrativos, as OSC. O prefeito na ocasião usou a expressão “fazer do limão uma limonada”⁹⁹ quando se referiu às consequências da decisão judicial final do imbróglio.

Quatro anos após a extinção do IMESF, com a grande maioria de seus trabalhadores demitidos, a alternativa seguida pela prefeitura de Porto Alegre inicialmente com a contratualização emergencial, depois, já sob nova administração municipal, deu-se continuidade ao modelo gerencial sob a égide do MROSC na contratualização da APS. Recentemente ocorreu Chamamento Público às entidades privadas sem fins lucrativos para o gerenciamento da APS, assinados termos de colaboração entre a SMS e quatro OS em março de 2023 para a prestação de serviços da APS com vigência até 2028.

Antes da análise da decisão administrativa que deflagrou a contratualização emergencial, retoma-se um ponto importante para melhor entendimento que é aquele considerado um dos maiores desafios da APS: a retenção de recursos humanos nos postos de saúde, especialmente a mão de obra da categoria médica, seja por ser atividade laboral que se desenvolve em localidades mais periféricas, isoladas, pobres e de população mais

⁹⁸ Mudança de postura das entidades que propuseram a ADI contra a lei criadora do IMESF, disponível em: <https://guaiba.com.br/2019/09/24/imesf-entidades-que-ingressaram-na-justica-contra-instituto-justificam-mudanca-de-postura/>. Acesso em 28 de set. de 2022.

⁹⁹ No seu Twitter oficial no dia 1/10/2022 às 23h40min: “Sobre as demissões do IMESF, elas só aconteceram porque sindicatos, ligados ao PCdoB, entraram com uma ADIN e o Supremo determinou a extinção do Instituto, mas fizemos do limão uma limonada e ampliamos em mais de 20% o atendimento na atenção primária.” #DebateNaBand #bandrs. Disponível em: https://twitter.com/marchezan_/status/1311858746881118208. Acesso em 28 de set. 2022.

vulnerável, seja porque os médicos têm preferência por desenvolverem suas carreiras em grandes centros, para investir na formação continuada, para se especializarem e obterem maior retorno financeiro. A escassez de médicos na APS costuma ser um problema em grande parte do Brasil, situação que parece ocorrer em diferentes países no mundo (FAHEL e SILVA, 2018, p. 37).

Estudos conduzidos pelo MS e outros trabalhos no mesmo sentido, confirmaram peculiaridades da estrutura do funcionamento do Programa Saúde da Família no território nacional, dos quais a consistente presença da enfermeira gerindo o programa, em contraposição à dificuldade da manutenção de médicos. De 24 estados com PSF no ano de 1999, somente em 9 havia pelo menos um médico na equipe, essa baixa adesão sempre foi uma deficiência a ser resolvida (PAIVA e PIRES-ALVES, 2021, p. 340-341).

Conforme já discutido, uma das tentativas para resolver o problema da falta de médicos no SUS foi a criação do Programa Mais Médicos – PMM pela Medida Provisória n. 621 em julho de 2013, convertida na Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013, dentre seus principais objetivos estava levar maior número de médicos às regiões prioritárias para o SUS, reduzindo desigualdades regionais na área da saúde e, destaca-se o inc. II do art. 1º

fortalecer a prestação de serviços na atenção primária à saúde no País, de modo a promover o acesso de primeiro contato, a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e qualificar a abordagem familiar e comunitária capaz de reconhecer e interagir com as características culturais e tradicionais de cada território atendido (BRASIL, 2013).

Além de instituir o PMM a lei visou organizar a oferta de cursos de Medicina e vagas de residência médica para priorizar localidades com menor relação de vagas e médicos por habitante, promover o aperfeiçoamento dos médicos na área de atenção básica à saúde por meio da integração ensino-serviço, fazendo intercâmbios internacionais, e celebrando acordos de cooperação do MS com instituições de educação superior nacionais e estrangeiras, estabelecendo transferência de recursos a partir de “contratação de instituição financeira oficial federal, com dispensa de licitação, para realizar atividades relativas ao pagamento das bolsas e das indenizações no âmbito do Programa” (art. 2º e incisos I, III, IV e V).

Os médicos integrantes do PMM recebiam bolsas nas modalidades bolsa-formação, bolsa-supervisão e bolsa-tutoria, bem como ajuda de custo para as despesas de instalação do participante, a coordenação do programa ficou a cargo dos Ministérios da Educação e da Saúde, a formação dos participantes tinha prazo de quatro anos, com possibilidade de prorrogação por igual período.

Com o PMM foram distribuídos milhares de médicos nas mais diversas localidades do território brasileiro com impacto positivo na presença de médicos trabalhando na APS, um resultado inusitado, entretanto, foi a diminuição das contratações regulares de médicos por prefeituras, que passaram a ser substituídos pelos intercambistas do PMM, assim os municípios reduziam seus custos de pagamento de pessoal ao utilizar profissionais que recebiam bolsa e custeio federais (FAHEL e SILVA, 2018, p. 37).

Houve a inserção de 18 mil profissionais em um período de 2 anos na APS, sendo que a grande maioria era de origem cubana, conforme estudo de 2016 os médicos cubanos, diferentemente dos médicos brasileiros, tinham formação e experiência específica na atenção primária e medicina de família e comunidade, e ouvindo comunidades quilombolas do Rio Grande do Norte e do Pará foram relatadas, elogiosamente, a presença constante dos médicos nas UBS, a facilidade para agendar as consultas e o aumento das visitas domiciliares, pesquisa em 32 municípios com PMM mostrou que 94,1% dos usuários avaliaram a consulta como “muito boa” e “boa” e 98,1% disseram que o médico ouviu com atenção todas as suas queixas (CAMPOS e PEREIRA JUNIOR, 2016, p. 2659).

Todavia, a contratação de médicos estrangeiros sem a exigência do exame de revalidação de títulos, sobretudo dos intercambistas originários de Cuba, estabeleceu animosidades continuadas entre entidades médicas e o governo federal (*ibidem*, p.2660), acirradas pelo conhecimento de que, pela cooperação internacional tripartite entre a OPAS, governos de Cuba e o brasileiro, os médicos ficavam com cerca de R\$ 3 mil e o restante do valor da bolsa de R\$ 11.520,00 era transferido pelo governo brasileiro à OPAS, que por sua vez repassava para o governo de Cuba, ou seja, quase $\frac{3}{4}$ do valor da bolsa era retido pelo governo cubano.

A imprensa brasileira divulgou em 2017 que cerca de 200 médicos cubanos alegaram falta de igualdade na renovação da bolsa, naquele momento contava-se o

ajuizamento de cerca de 154 ações por 194 médicos de Cuba participantes do PMM, nas ações os médicos buscavam a permanência no Brasil e a percepção do valor integral do salário do PMM, essas ações direcionavam-se contra a OPAS, intermediária do convênio, e contra os governos do Brasil e/ou de Cuba (DANTAS, 2017).¹⁰⁰

Registra-se que, em decorrência da judicialização no âmbito do PMM, foi editada a Portaria MS/GM n. 1.560/2017, inserida na Portaria de Consolidação n. 5/ 2017, que institui grupo de trabalho – GT para “mapeamento, avaliação e monitoramento dos dados judiciários e propositura de atuações estratégicas em face da judicialização no âmbito do Projeto Mais Médicos” e tendo como objetivos, expressamente:

I – diagnóstico para reforço das estratégias judiciais que viabilizem a reversão das decisões favoráveis aos médicos cooperados, e mitigação dos efeitos da judicialização inclusive no âmbito das instâncias especiais do Poder Judiciário no Brasil;

II – buscar diálogo e interação com o sistema judiciário brasileiro para apresentação dos impactos negativos das citadas demandas aos propósitos do Projeto Mais Médicos para o Brasil, notadamente a desassistência aos usuários do serviço de Atenção Básica em regiões de extrema vulnerabilidade no Brasil;

III – interação com os órgãos de assessoramento jurídico da União e com o Ministério das Relações Exteriores para tratamento conjuntural das demandas;

IV – monitoramento e avaliação dos pleitos e do tratamento judiciário das demandas, inclusive para atuação preventiva;

V – apresentar propostas de interlocuções com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para estratégias de cumprimento das decisões judiciais até que sejam revertidas; (...).

Com o novo governo federal¹⁰¹ a partir de 2019, o PMM perdeu impulso, principalmente porque boa parte do contingente de profissionais era de médicos cubanos recrutados pela cooperação internacional tripartite citada, e o novo mandatário se opunha à diferenciação entre esses bolsistas e os demais na intermediação por essa cooperação, além disso já havia sido anunciado pelo governo de Cuba a sua saída do programa após o resultado das eleições presidenciais brasileiras em outubro de 2018.

Em 2019 houve a divulgação da substituição gradativa do PMM para o Médicos pelo Brasil – MpB, com o objetivo de provimento de profissionais médicos para a APS.

¹⁰⁰ O caso do médico cubano Yaili Jiménez Gutiérrez relatado na reportagem também foi divulgado no The New York Times da América Latina disponível em: <https://www.nytimes.com/es/2017/09/30/espanol/america-latina/medicos-cubanos-empleo-brasil-contratos.html>. Acesso em 16 de maio de 2023.

¹⁰¹ O presidente eleito foi Jair Messias Bolsonaro.

O MpB foi instituído pela Lei n. 13.958/ 2019 com execução pela Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), agência criada pelo Decreto n. 10.283 em março de 2020 para firmar contratos, convênios e outros instrumentos de gestão entre órgãos e entidades públicas e privadas, contudo, não houve o alcance ou a aderência do programa antecessor.¹⁰²

Conforme já comentado, após ter sido eleito o novo presidente brasileiro, o governo de Cuba anunciou oficialmente ao governo brasileiro sua decisão de deixar o PMM em nota divulgada no dia 14 de novembro de 2018, na campanha eleitoral o então candidato já havia se manifestado algumas vezes contra a cooperação com o governo cubano e intermediada pela OPAS, as principais críticas eram contra a ditadura no país e o confisco da maior parte da remuneração da bolsa dos médicos cubanos.¹⁰³

Portanto, com a situação de risco de descontinuidade de serviços na atenção básica impulsionada pela extinção do IMESF e a saída dos médicos cubanos do PMM, o Secretário Municipal da Saúde¹⁰⁴ divulgou decisão administrativa publicada no DOPA em 31 de janeiro de 2020 e, ato contínuo, prosseguiu com a já firmada contratualização emergencial da APS com entidades do terceiro setor. Nessa longa decisão o secretário manifesta a negativa à medida aprovada no Parecer Técnico n. 01/20 da SETEC – Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, parecer contrário à

¹⁰² As diferenças principais apontadas pelo governo federal, ao propor a substituição do PMM pelo MpB, eram que no PMM havia chamamento público e o médico era bolsista por um período (prorrogável por igual tempo), tinha operacionalização pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS, interministerial do Ministério da Saúde e da Educação; enquanto o MpB, programa do MS, seria por processo seletivo estruturado, médico selecionado com especialização em medicina da família e comunidade, contratação celetista pela Adaps, e teria a expectativa de progressão na carreira. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda>. Acesso em 16 de maio de 2023.

¹⁰³ Trecho da Declaração do Ministério da Saúde Pública de Cuba: “O presidente eleito do Brasil, Jair Bolsonaro, com referências diretas, depreciativas e ameaçadoras à presença de nossos médicos, declarou e reiterou que modificará os termos e condições do Programa Mais Médicos, desrespeitando a Organização Panamericana de Saúde. O Ministério da Saúde Pública da República de Cuba, comprometido com os princípios solidários e humanistas que durante os 55 anos guiaram a cooperação médica cubana, participa desde o início de agosto de 2013 no Programa Mais Médicos para o Brasil. (...) Nestes cinco anos de trabalho, cerca de 20 mil colaboradores cubanos atenderam 113.359.000 pacientes em mais de 3.600 municípios, chegando a cobrir um universo de 60 milhões de brasileiros na época em que constituíram 80% de todos os médicos participantes do programa. Mais de 700 municípios tiveram um médico pela primeira vez na história. Havana, 14 de novembro de 2018”. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/11/14/cuba-decide-deixar-programa-mais-medicos-no-brasil.ghtml>. Acesso em 16 de maio de 2023.

¹⁰⁴ O Secretário Municipal da Saúde era Pablo de Lannoy Stürmer, médico especialista em medicina de família e comunidade.

contratualização emergencial de entidades sem fins lucrativos para administração da APS.

No parecer da SETEC, documento público disponível na página oficial¹⁰⁵, o CMS informa que em 23 de dezembro de 2019 havia solicitado a anulação do ato administrativo da contratação de entidades hospitalares privadas para execução de atividades da APS, apontava não ter recebido resposta da gestão, ao contrário do recurso administrativo apresentado pelo SIMPA, no qual o sindicato impugnava a justificativa para dispensa de chamamento público na contratação emergencial em curso e, ao recurso do SIMPA houve o expresse indeferimento pelo Gabinete do Secretário – GS-SMS publicado em edição extra no DOPA em 30 de dezembro de 2019¹⁰⁶.

O parecer da SETEC questionou a legitimidade do Ato Administrativo da dispensa de licitação para a contratualização das entidades privadas por não ter sido apresentado estudo econômico e análise do custo global de cada eSF e de cada unidade de saúde, bem como o respectivo comparativo entre os montantes pagos se houvesse continuidade pela administração direta em relação aos valores que seriam dispensados nos termos de colaboração com as entidades credenciadas.

Conforme esse parecer, no detalhamento do Projeto Básico vinculado aos termos de colaboração, Cláusula Quinta, dos encargos do município, a prefeitura de Porto Alegre permaneceria arcando com os demais custos como “disponibilização de insumos de enfermagem, odontológicos, impressos, serviços e materiais de limpeza (...)”, o que, portanto, caracterizaria mera contratação de pessoal. Dentre outros apontamentos, o parecer criticou também não estarem sendo implementadas as ações programadas no Plano Municipal de Saúde 2018-2021, que o gestor não apresentou a Política de Atenção Primária conforme a pactuação, que a publicação recente do Edital de Credenciamento das OSC havia provocado “efeitos iatrogênicos” à saúde dos trabalhadores do IMESF,

¹⁰⁵ Sítio do CMS de Porto Alegre disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>. Acesso em 17 de maio de 2023.

¹⁰⁶ Parecer Técnico n. 01/20. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/01.2020_termodecolaboracaoaps_projetobase.pdf. Acesso em 17 de maio de 2023.

repercutindo na assistência prestada na atenção básica, bem como descumpria o TAC firmado em 2007.¹⁰⁷

Também, quanto ao referido Edital de Credenciamento de entidades privadas para contratação emergencial por 180 dias para gerenciamento da APS, esse contrariava as deliberações da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre de

Garantir o financiamento público com prioridade para a execução de serviços prestados diretamente pelo poder público e suspender as iniciativas de terceirização, contratualização das organizações sociais e parcerias público-privadas, que rompem com os princípios do SUS universal e público, respeitando a ordem constitucional que restringe a participação da iniciativa privada no SUS ao caráter exclusivamente complementar.¹⁰⁸

Anotado no documento a submissão do Parecer Técnico n. 01/20 à deliberação do plenário do CMS, sendo o encaminhamento no sentido da imperativa rejeição da contratualização entre a SMS e as OSC para o gerenciamento da APS em Porto Alegre, no canto superior direito do parecer registrado avaliação aprovada em 9 de janeiro de 2020.¹⁰⁹

O secretário, por sua vez, na decisão prolatada aos questionamentos do parecer, sinalizou em vários momentos os desgastes decorrentes das visões divergentes com os sindicatos e com o CMS, alegou que o CMS é formado “notadamente” por membros dos Sindicatos, salientou que a situação do IMESF originou-se da ADI proposta pelos próprios sindicatos e disse não ter detectado a juntada de documentos comprobatórios, como a lista de presenças ou a ata da realização da sessão deliberativa, de forma a verificar a regularidade do Plenário do CMS na aprovação do parecer que ora respondia, e rejeitava oficialmente (DOPA, 2020).

O secretário informou que haviam sido assinados quatro termos de colaboração com as OSC: Termo de Colaboração com a Sociedade Sulina Divina Providência

¹⁰⁷ Parecer Técnico n. 01/20. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms>. Acesso em 17 de maio de 2023.

¹⁰⁸ Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_img/hotsites/sms/8a-conferencia-municipal-de-saude/Vota%C3%A7%C3%A3oPropostas-PLENARIA%20FINAL-14-04_8CMSPOA.pdf. Acesso em 17 de maio de 2023.

¹⁰⁹ PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde. **Parecer Técnico n. 01/20**. Porto Alegre, 9 de janeiro de 2020. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/01.2020_termodecolaboracaoaps_projetobase.pdf. Acesso em 17 de maio de 2023.

(processo SEI 19.0.000147791-1); Termo de Colaboração com a Fundação Universitária de Cardiologia (processo SEI 19.0.000147798-9); Termo de Colaboração com a Associação Hospitalar Vila Nova (processo SEI 19.0.000147802-0); e Termo de Colaboração com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (processo SEI 19.0.000147804-7), tendo em vista a necessidade emergencial de garantir a continuidade dos serviços, uma vez que cumprir a decisão judicial nos autos da ADI n. 70046726287 sobre a extinção do IMESF não se tratava de uma faculdade ou da discricionariedade do gestor (DOPA, 2020).

Com relação ao Termo de Ajuste de Conduta – TAC¹¹⁰, nos autos do processo 001/1.14.0064386-5 perante a 10ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre, informou que vinha sendo mantido diálogo, e no dia 12 de dezembro de 2019 em audiência com a presença da SMS, PGM e os Ministérios Públicos Estadual e de Contas, fora entendida a urgência das providências a serem tomadas para garantir a continuidade dos atendimentos na APS, além do risco de perdas de verbas federais do Programa Saúde na Hora, conforme ficou consignado:

em razão da necessidade de implantação das equipes do Programa Saúde na Hora até 31/12/2019, sob pena de perda do incentivo federal ao programa, bem como da necessidade de suprir as vacâncias atuais e iminentes das equipes, concorda o Ministério Público que o Município de Porto Alegre **ADOTE AS MEDIDAS QUE ENTENDER CABÍVEIS DENTRO DE SUA DISCRICIONARIEDADE PARA GARANTIR O REGULAR E CONTÍNUO FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NESTA CAPITAL, INCLUSIVE MEDIANTE CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL COM DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO** (DOPA, 2020, caixa alta e grifo do GS).

O secretário aduziu que à época da assinatura do TAC, em 2007, foi um momento em que a legislação e o entendimento jurisprudencial “não permitiam a terceirização de

¹¹⁰ O TAC foi um instrumento que os sindicatos e o CMS aludiram reiteradamente para a manutenção do IMESF e “contra a terceirização da saúde”. Como já relatado no texto, foi assinado em 2007 pela prefeitura de Porto Alegre junto ao MP, é anterior à lei criadora do IMESF. Observa-se que o mesmo TAC já foi citado *contra* o IMESF nos autos do processo 001/1.14.0064386-5 - 10ª Vara da Fazenda Pública de Porto Alegre em 12 de abril de 2011 por descumprimento das cláusulas para se fazer concurso público para admissão de **maneira direta** e conforme o **regime jurídico estatutário**, a contratação do IMESF era da administração indireta e pela CLT, motivos da proposição da ADI pelos sindicatos por entendimento de que já estava sendo terceirizada a saúde com a criação do IMESF. DOPA. Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. **Decisão Administrativa**. Processo 19.0.000147734-2. Porto Alegre, 31 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 18 de maio de 2023.

atividades-fim, com a falsa premissa de que a terceirização violava a obrigação da realização de concurso público previsto pela Constituição Federal”, e que depois disso passaram a integrar à legislação a Lei n. 13.019/2014 – o MROSC, a Lei n. 13.429/2017 – que dispõe sobre relações de trabalho temporário na empresa de prestação de serviços a terceiros¹¹¹, e a Lei n. 13.467/2017¹¹² – da Reforma Trabalhista, leis que, na sua argumentação, “trouxeram com clareza a possibilidade e legalidade nas atividades-fim” para poderem ser terceirizadas, e que antes desse atos normativos a lacuna legislativa da terceirização era regida pela Súmula n. 331 do TST, que vedava a terceirização das atividades-fim pelas tomadoras de serviços (DOPA, 2020).

Em que pese o secretário tenha feito referência ao novo arcabouço legislativo permissivo à terceirização das atividades-fim e do novo MROSC, para se contrapor ao questionamento sobre o TAC e seu mandamento de que a contratação de recursos humanos fosse por concurso público e de forma direta, noutro momento diz que os sindicatos e o CMS confundem os conceitos e induzem a erro quando dizem que o TAC proíbe a terceirização, e que o TAC, de fato, não faz menção à proibição da contratualização ou parcerização com entidades privadas e, além disso, para a Administração Pública, a contratação de recursos humanos e a contratação de serviços são objetos bem distintos (*ibidem*).

Com base nessa última premissa, e a partir da extinção do IMESF, estavam garantidos os serviços de saúde: I – de forma direta por recursos humanos a serem admitidos em concurso público de agentes comunitários mediante a criação dos cargos de ACS e ACE pela prefeitura de Porto Alegre¹¹³; II – por contratação de Serviços de

¹¹¹ Art. 9º, §3º O contrato de trabalho temporário pode versar sobre o desenvolvimento de atividades-meio e atividades-fim a serem executadas na empresa tomadora de serviços. Art. 10 Qualquer que seja o ramo da empresa tomadora de serviços, não existe vínculo de emprego entre ela e os trabalhadores contratados pelas empresas de trabalho temporário. BRASIL. **Lei n. 13.429**. Brasília, 31 de março de 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em 18 de maio de 2023.

¹¹² Art. 4º - C Considera-se prestação de serviços a terceiros a transferência feita pela contratante da execução de quaisquer de suas atividades, inclusive sua atividade principal, à pessoa jurídica de direito privado prestadora de serviços que possua capacidade econômica compatível com a sua execução. BRASIL. **Lei n. 13.467**. Brasília, 13 de julho de 2017. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em 18 de maio de 2023.

¹¹³ A Lei Complementar Municipal n. 875 de 21 de janeiro de 2020 criou os cargos públicos de Agente Comunitário de Saúde – ACS e Agente de Combate às Endemias – ACE, dispondo sobre o processo seletivo público no âmbito do Executivo Municipal. O art. 1º estabelece que passam a integrar o quadro de pessoal da administração direta do município de Porto Alegre; no art. 2º informa que se submetem ao regime jurídico estatutário, o art. 5º que o provimento dos cargos será mediante aprovação em processo seletivo

Saúde mediante parcerização com entidades privadas com base na Lei n. 13.019/2014. Assim, segundo o secretário, era evidente que o TAC se referia somente à contratação de recursos humanos, e a parcerização firmada emergencialmente tinha como objeto a contratualização de serviços de saúde, ainda assim, reiterou que com a nova legislação descrita o debate sobre terceirização de atividades-fim era perda de tempo (DOPA, 2020).

Embora o intuito do secretário fosse dirimir a pretensa confusão conceitual dos sindicatos e CMS a respeito da terceirização, ao longo da decisão, por várias vezes reafirmou a possibilidade legal da terceirização das atividades-fim, demonstrando que se trata de tema controverso e que a confusão conceitual é uniformemente distribuída por quem a apoia e por quem a rechaça.

Assim, porquanto tenha sido refutada que a parcerização fosse uma terceirização, uma vez que seu **objeto de contratualização eram os serviços de saúde e não os recursos humanos**, e que quanto aos recursos humanos a editada LC municipal proveria os agentes comunitários por concurso público e de forma diretamente vinculada à administração, fato é que 86% dos equipamentos públicos foram transferidos às OSC, e praticamente todos os recursos humanos para prestação dos serviços públicos nesses equipamentos, dali por diante, foram contratados por regime geral celetista e posteriormente os ACS e ACE, por concurso público, como servidores próprios da Administração Direta, contudo em número menor do que havia pelo IMESF.

Os agentes comunitários que estavam antes da contratualização e não precisaram sair imediatamente, como fora imposto às outras categorias do IMESF e aos estatutários, não foram absorvidos ou reaproveitados senão com a contratação geral e *sub judice* em caráter precário, caso de alguns ACS e ACE que eram do IMESF e ainda estão nas US embora não tenham sido aprovados no novo concurso para a vaga criada.

Quanto à impressão da não superação do debate sobre a terceirização das atividades-fim, a partir da análise que se faz dessa decisão, o secretário negou a existência

público; no art. 24 de que os vencimentos do cargo e seus reajustes são responsabilidade da União; e no art. 25 “É facultado ao Executivo Municipal a **cessão especial, em caráter provisório, de ACS e ACE para organizações da sociedade civil**, para a execução de convênios, parcerias, contratos de gestão, termos de parcerias e congêneres, respeitadas as disposições da Lei Federal n. 9.637, de 15 de maio de 1998, da Lei Federal n. 9790, de 23 de março de 1999, e alterações posteriores, e da Lei Federal n. 13.019, de 31 de julho de 2014 (...).” **Lei Complementar n. 875**. Porto Alegre, 21 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br>. Acesso em 18 de maio de 2023.

da terceirização das atividades-fim *in casu* na contratualização emergencial feita em Porto Alegre, conforme disposto acima, porém, de forma argumentativa circular retoma sempre à defesa e reafirma que se trata de instituto que teve a sua legalidade e juridicidade pacificadas na permissão da terceirização de atividades-fim, e exprimindo outra das controvérsias correlacionadas, a complementaridade, ou até que medida se pode terceirizar as atividades-fim, aduz no excerto:

desde outubro de 2019, já se evidenciava o reconhecimento dos próprios Ministérios Públicos pela permissão legal de terceirização das atividades-fim, inclusive na atenção primária, ficando em discussão os limites desta com o debate do conceito e caracterização de “complementaridade”. Inclusive, este é o debate junto ao Ministério Público Estadual perante a Justiça Estadual (DOPA, 2020).

Nesse sentido, o secretário informou que naquele momento, 20 de janeiro de 2020, eram 1.596 empregados ativos do IMESF, os 781 agentes comunitários representavam 48,93% desse contingente, dos outros 51,07% empregados havia auxiliares de saúde bucal (72), técnicos de saúde bucal (42), cirurgiões dentistas (83), enfermeiros (206), médicos (46), técnicos de enfermagem (325), e 40 englobavam funcionários do administrativo, jurídico, contábil e área técnica da fundação. Considerando os ativos e inativos eram 1.708 empregados, os ACS e ACE eram 856 trabalhadores, ou 50,11% do IMESF, significando “que será substituído por serviços não é a totalidade do IMESF, mas apenas uma parcela, já que os ACS e ACE serão admitidos mediante processo seletivo para provimento de cargos públicos (...)”, dessa forma estariam evidenciadas que as medidas do município observavam o caráter de complementaridade ao SUS (*ibidem*).

Com relação à recomendação da Nota Técnica 01/2018 do MPE/MPC/MPT/MPF que dispõe sobre diretrizes para a transferência da gestão de serviços públicos essenciais às OS: “a transferência não pode materializar substituição integral, devendo o Terceiro Setor atuar apenas de forma complementar, na forma disposta no art. 199, §1º, da CF/88 e na Lei Federal nº 8.080/90”¹¹⁴, nesse ponto, portanto, mesmo que o secretário misture informações e jurisprudências para justificar que a passagem do gerenciamento da APS

¹¹⁴ **Nota Técnica 01/2018/** MPE/MPC/MPT/MPF, pág. 13. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/nota_tecnica_01-2018.pdf. Acesso em 18 de maio de 2023.

às OSC cumpria o dispositivo constitucional da complementaridade privada ao SUS, esse dispositivo, de fato, não contém especificações e percentuais que o regrem, como debatido em seção anterior.

Como se pode ver nos Quadros 3 e 4, considerando o quantitativo de unidades de saúde que passaram ao gerenciamento das entidades privadas, verifica-se que há a passagem majoritária da APS (86%) para administração complementar, lembrando mais uma vez não há critérios de definição sobre o significado de complementaridade quer seja constitucional, legal ou jurisprudencial, tampouco auxiliam a etimologia ou significado do termo, havendo inclusive corrente que não considera a passagem da gestão de serviços às OS como complementaridade, conforme já descrito.

O quantitativo de unidades de saúde às OSC segue os mesmos parâmetros percentuais no Quadro 4, em que se saiu da natureza emergencial da contratualização, observa-se que se for considerar que a Administração Direta – sob o vocábulo “próprio” – em ambos os cenários, emergencial e após o chamamento –, permaneceu com cerca de 3% das unidades de saúde sob sua gestão direta, independentemente da controvérsia quanto à complementaridade, 96 a 97% da APS gerenciada por parcerias e convênios é um percentual muito expressivo, aproximando-se muito de uma transferência integral à Administração Indireta e ao Terceiro Setor.

Para o secretário, a manutenção de cerca de 50% dos empregados do IMESF, os agentes comunitários, cumpria o TAC (contando com a LC n. 875/2020) e obedecia à complementaridade com relação a recursos humanos, embora tenha se valido da contagem percentual da presença mantida dos agentes comunitários do IMESF nos postos de saúde para justificar a complementaridade da iniciativa privada ao SUS, não fez menção da impossibilidade legal e jurídica da absorção desses 852 agentes com vínculo precário com uma fundação extinta, por ora mantidos.

Não havia, de fato, maneira de se fazer a manutenção desses trabalhadores sem que fossem aprovados em novo concurso nos termos da LC municipal n. 875/2020, que criou no âmbito do município o cargo público de ACS e ACE, com exigência de admissão por meio de concurso público e com regime publicista estatutário.

Quadro 3 – Distribuição quantitativa e percentual das unidades de saúde por vínculo às OSC (HDP, HVN, SANTA CASA, PUC¹¹⁵), administração indireta (GHC, HCPA) e administração direta (PRÓPRIO):

PARCEIRIZAÇÃO EMERGENCIAL

SSDP	38	27,34%	PARCERIAS	86%
HVN	30	21,58%		
SANTA CASA	51	36,69%		
PUC	1	0,72%		
GHC	13	9,35%	PRÓPRIAS E CONVÊNIOS	14%
HCPA	1	0,72%		
PRÓPRIO	5	3,60%		
TOTAL	139	100,00%		

Fonte: CNES e site da prefeitura municipal de Porto Alegre

Quadro 4 – Distribuição quantitativa e percentual das unidades de saúde por vínculo às OSC (HDP, HVN, SANTA CASA, PUC, IB SAÚDE), administração indireta (GHC, HCPA) e administração direta (PRÓPRIO):

CHAMAMENTO

SSDP	38	27,34%	PARCERIAS	87%
HVN	30	21,58%		
SANTA CASA	31	22,30%		
PUC	1	0,72%		
IB SAUDE	20	14,39%	PRÓPRIAS E CONVÊNIOS	13%
PRÓPRIO	4	2,88%		
GHC	13	9,35%		
HCPA	1	0,72%		
TOTAL	138	100,00%		

Fonte: CNES e site da prefeitura municipal de Porto Alegre – pode haver diferenças quanto ao número de US, difícil acompanhar a dinâmica de forma pública.

Ora, de pronto se identifica a inconstitucionalidade e ilegalidade da possibilidade de absorção dos 852 ACS e ACE, precariamente empregados de fundação extinta, a um regime jurídico publicista de cargo constitucionalizado e de regramento por lei complementar municipal, sem que, por hipótese, e irregularmente, se fizesse um concurso

¹¹⁵ A contratualização emergencial inicial assinada em dezembro de 2019 não tinha Fundação de Cardiologia – IC-FC, tampouco a PUC, por 180 dias (acabou sendo 240 dias), mesmo tendo participação menor a contratualização com a OSC PUC prorrogou-se no tempo, optou-se por deixar a representação da PUC na tabela.

público *ad hoc* especialmente para eles, ou que houvesse alguma “cota de vantagem”, tais alternativas para absorção e permanência dos agentes comunitários constituiriam temeridades e aventuras legais, juntando-se às sugestões e projetos de lei nesse sentido que foram lançadas ao longo do período de negociações entre os defensores do IMESF e a SMS-POA.

Dessa forma, mesmo que os agentes comunitários tenham sido mantidos por vários meses nos postos de saúde sob vínculo empregatício precário em razão da extinção do IMESF, depois de todos os empregados das outras categorias profissionais do IMESF terem saído, o que ocorreu assim que novos profissionais intermediados das OS assumiram seus postos de trabalho, a absorção automática desses profissionais à administração direta e sob o regime jurídico publicista estatutário não observaria a legalidade, havendo necessidade de processo seletivo de concurso público, nos termos da LC municipal citada.

No Edital 57/2020¹¹⁶ em junho de 2020 foi aberto processo seletivo público para provimento dos cargos de ACS e ACE em Porto Alegre, com 1 vaga para cada uma das 137 áreas geográficas do Anexo I do edital e 1 vaga somente para ACE, nos requisitos mínimos de habilitação a exigência de ensino médio completo e curso de formação inicial com carga horária mínima de 40 horas, bem como a comprovação de residência na área geográfica para a qual realizou a inscrição para ACS, aprovação em prova teórico-objetiva com pontuação mínima de 50%, não havia qualquer referência a critério de desempate ou aproveitamento relacionado aos agentes comunitários que remanesceram do IMESF.¹¹⁷

Na pesquisa empírica exploratória realizada no CNES foi constatado que alguns CNS de ACS – vinculação de empregado público próprio – que se repetiram após meses depois do início da contratualização emergencial, paravam de constar outros tantos meses, e depois, subitamente, retornavam, alguns poucos permaneceram demonstrando sua absorção.¹¹⁸

¹¹⁶ Processo seletivo sob a responsabilidade da FUNDATEC – Fundação Universidade Empresa de Tecnologia e Ciências, site www.fundatec.org.br.

¹¹⁷ Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/concursos/default.php?reg=51&p_secao=88. Acesso em 21 de maio de 2023.

¹¹⁸ O CNS 700502395303356 de CBO 515105 de ACS constou em todos os meses do ano de 2019, de 2020, em 2021 parou de constar em dezembro e somente voltou a constar meses depois a partir de setembro

Nos §§ 4º, 5º do art. 198 da CRFB/88 há previsão de que os gestores **poderão** admitir agentes comunitários de saúde e de endemias por meio de processo seletivo público. A mais recente EC 120/2022 acrescenta ao artigo os importantes §§ 7º e 8º em que expressamente a União Federal assume a responsabilidade pela remuneração básica dos ACS e ACE, viabilizando a contratação desse profissional na APS, uma política prioritária do SUS como já discutido.

Note-se que nos termos do verbo grifado no parágrafo anterior, a contratação por concurso público dos agentes comunitários é uma faculdade do gestor local, contudo, com os novos parágrafos acrescentados pela EC 120/2022, torna-se extremamente vantajoso ao município que se regulamente a carreira e se admitam esses profissionais por concurso público, com os vencimentos sendo repassados pela União essa verba não é incluída para apuração do limite de gastos com pessoal dos Estados, Municípios e DF, logo, também não implicam em risco de desrespeito aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal da RCL com pessoal.

Frisa-se que o art. 25 da LC n. 875/2020 prevê que “É facultado ao Executivo Municipal a cessão especial, em caráter provisório, de ACS e ACE para organizações da sociedade civil, para a execução de convênios, parcerias, contratos de gestão, termos de parcerias (...)”. Assim, ainda que todos os 856 ACS e ACE do IMESF tivessem conseguido ser absorvidos mediante novo processo seletivo público previsto na LC, eles ficariam cedidos e subordinados como recursos humanos públicos junto aos outros equipamentos públicos já transferidos ao gerenciamento das OS.

Entende-se que a tenacidade dos defensores do IMESF extrapolou os limites da razoabilidade diante da inviabilidade jurídica, da inexequibilidade constitucional e legal para que esses profissionais fossem “absorvidos” à administração pública direta, assim como as propostas de projetos de lei para que se criasse entidade com natureza jurídica para acolher os funcionários do IMESF à administração pública e os encaminhamentos para que esses empregados fossem readmitidos.

O excesso de tentativas de composição que, por fim, eram inconciliáveis, quer seja pela impossibilidade descrita acima, quer seja por visões políticas divergentes, não

de 2022, infere-se que alguns dos retornos meses depois tenham sido mediante judicialização, conforme se pode constatar em publicações no DOPA de casos de reintegração *sub judice*.

deu tréguas ou arrefeceu, contudo, como era prerrogativa do governo municipal, dentro da margem discricionária permitida pelo sistema normativo brasileiro, foi instituído o modelo que diminuía a participação direta da máquina pública.

A dinâmica que envolveu a extinção do IMESF e o confronto de ideias e vontades inconciliáveis, que turva o diálogo e torna as ações atabalhoadas, pode ter tido influência no fato de não ter havido planejamento ou iniciativa no sentido de se avaliar a força de trabalho existente dos servidores próprios, e a forma abrupta que foram remanejados, se não poderia ter sido feita composição para extrair contingente interessado e com disposição para permanecer nas UBS.

Ao se desvencilhar rapidamente de todos os servidores das UBS, pode-se pressupor que era generalizada na cúpula da gestão municipal a impossibilidade de diálogo com quem representasse qualquer resistência ou “interesses corporativos”, e de que seria melhor não contar com os servidores para o modelo de APS que seria implementado, mesmo que no caso dos servidores próprios houvesse a obrigação de recolocação na estrutura da SMS, não houve o menor esboço de planejamento com esses recursos humanos.

Assim, na decisão do secretário que vem sendo detalhada, além da mera menção de que os servidores públicos próprios – os estatutários – comporiam os centros de especialidades mais centralizados, não foi feito detalhamento que sugerisse planejamento prévio sobre qual era o contingente, qualificações, especialidades. Indícios da falta de governança para o aproveitamento desses profissionais, que foram simplesmente comunicados que deveriam sair das unidades de saúde para que os profissionais contratados das OSC pudessem começar.

Dos estatutários vinculados à administração direta havia médicos das especialidades básicas da pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica e da medicina geral e comunitária, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e do setor administrativo. Dentre esses servidores, muitos profissionais estavam nos mesmos postos de saúde há muitos anos.

Os estatutários foram informados que deveriam sair das unidades em que estavam lotados e, por e-mail e em links de listas de oferecimento de opções de vagas, inscreviam-se de acordo com o quadro de lotações disponibilizado, lembrando que mesmo nessa fase

inicial as opções eram restritas, alguns postos da zona sul para os quais transferiram-se alguns estatutários, por serem mais próximos de onde estavam antes e próximos às residências de alguns dos servidores, acabaram sendo contratualizados também, implicando em necessidade de mais de uma transferência, em poucos meses.

Por meio do CNES pode-se acompanhar a trajetória de servidores de estabelecimentos de saúde e individualizar por CNS e CBO¹¹⁹, identificando servidores que estavam na mesma unidade desde a implantação do SCNES (os primeiros dados disponíveis são de julho/2007) até janeiro de 2020 permaneceram em determinada US que foi contratualizada em dezembro de 2019, com transferência para outra US em fevereiro de 2020 até junho de 2022, quando essa unidade também foi contratualizada, e em agosto de 2022 foram para CF Modelo que até o momento está entre as quatro unidades de administração própria.

As opções eram restritas uma vez que são somente 4 postos de trabalho vinculados à APS, o quantitativo de unidades próprias restante à Administração Direta do município de Porto Alegre, além dessas 4 unidades mais centralizadas para quem preferiu permanecer na assistência, outra possibilidade de transferência era a participação de processos seletivos internos para preenchimento de vagas abertas na gestão da SMS.

Apresenta-se na Tabela 1 uma quantificação de servidores da SMS extraída do portal da transparência do quadro de servidores municipais da SMS, pegou-se o mês de abril como referência desde 2018 até abril de 2023, e do portal da transparência das entidades – dos funcionários do IMESF, também de abril desde 2018 até a última contagem que foi em março/2021 quando ainda eram computados esses empregados.

Observa-se que em março de 2021 a contagem de empregados era majoritariamente de agentes comunitários do IMESF, e a partir de então não são mais computados no portal da entidade. Na coluna de servidores, foi somente após o mês de março de 2022 que aumentaram os celetistas em 451 pessoas, conforme o número referência de abril de 2022 em diante (antes do mês de março eram 30 os celetistas, conforme o padrão dos anos anteriores), há redução progressiva dos Cargos de Provimento Efetivo em todos os anos disponibilizados, e aumento dos Celetistas na 4ª coluna à direita desde março/2022.

¹¹⁹ Os CBO são 225125 e 225170, e os CNS são 201566265130001 e 170706192920002.

Tabela 1 – Funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de abril/ 2018 até abril/2023

SMS	SERVIDORES MUNICIPAIS				IMESF	
	Mês/ano	CPE	CE	CLT ATIVOS		CLT
	abr/18	4.167	171	30	4.368	1.801
	abr/19	3.804	144	30	3.978	1.812
	abr/20	3.657	133	31	3.821	1.486
	abr/21	3.600	128	31	3.759	647
	abr/22	3.375	115	451	3.941	
	abr/23	3.393	102	528	4.023	

Fonte: portais da transparência¹²⁰CPE – Cargos de Provimento Efetivo; CE – Cargos em extinção; CLT – Celetistas. Os 647 empregados do IMESF na linha de abril/2021 referem-se a março/2021, último mês que aparecem empregados do IMESF (551 ACS e 84 ACE, o restante dos profissionais eram do setor de administração).

A seguir na Tabela 2, um comparativo do que representam os quantitativos dos funcionários da SMS em relação ao quadro geral do executivo municipal de servidores da Prefeitura Municipal de Porto Alegre em abril de 2023 divididos em: i) Administração Central – dos 20 órgãos¹²¹, escolheram-se as duas secretarias mais numerosas – SMS e SMED¹²²; e ii) Administração Indireta – das 5 entidades autárquicas, escolheram-se as duas mais numerosas DMAE e DMLU.

De todo o quadro síntese de servidores municipais, é a SMS a que tem, de longe, o maior número de funcionários em cargos em extinção (116) e celetistas (451), não se obtém no site a explicação para que esse número tenha crescido tão expressivamente a partir de março de 2022, uma das inferências é que sejam os agentes comunitários que não passaram no processo seletivo, ou mesmo outros funcionários do IMESF, que tenham sido admitidos via judicial. No DOPA, corroborando essa possibilidade, uma publicação no dia 3 de março de 2023 com a divulgação da Reintegração de ACS pelo Secretário Municipal de Administração e Patrimônio nos seguintes termos:

REINTEGRA, a contar de 23/02/2023, *sub judice*, em caráter precário e até a sentença ou a reversão da decisão proferida, o Agente Comunitário de Saúde

¹²⁰ Disponível em: <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br/pessoal/quadro-funcional/quadro-sintese> e http://www2.portoalegre.rs.gov.br/transparencia-entidades/default.php?p_secao=78. Acesso em 21 de maio de 2023.

¹²¹ Como a SMAP, SMTC, SMOI, PGM, SMSEG, SMSURB, GP etc.

¹²² A SMS e SMED são, de longe, o maior quantitativo do quadro de funcionalismo, em 1º lugar a SMED tem 4.375 funcionários (Cargos efetivos 4.345 e 30 celetistas), em 2º lugar a SMS com 4.023 funcionários (3.393 Cargos efetivos, 102 cargos em extinção e 528 celetistas); o 3º lugar distante é a SMSEG com 384 funcionários (381 Cargos efetivos e 1 celetista).

(ACS-CLT) listado no quadro abaixo, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), demitido de emprego instituído pela Lei nº 11.062, de 06 de abril de 2011, do quadro de pessoal do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), transferindo-o para **Quadro Celetista em Extinção da Administração Direta do Município**, com lotação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), face antecipação de tutela, conforme decisão proferida na Ação Trabalhista de Rito Ordinário nº 0020014-06.2023.5.04.0020, da 18ª Vara do Trabalho de Porto Alegre, do Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região, através da Portaria 22524445, de 01/03/2023 (Processo 23.0.000005406-2).

Na Tabela 3 listam-se as categorias profissionais e os quantitativos dos servidores próprios da administração direta da SMS, de profissões vinculadas à assistência à saúde, optando-se por não fazer a especificação daqueles sem afinidade com a área da saúde, do total de 3.393, ainda que lotados na SMS (engenheiros, arquitetos, pedreiro, soldador etc não foram listados), portanto somam-se 2.757 de servidores públicos ativos, a princípio, distribuídos em 4 unidades próprias, hospitais próprios e na gestão (SMS), no portal da transparência 2 médicos especialistas estão cedidos ao Estado.

Na retórica de que a passagem da APS às OSC não descumpriria os dispositivos da Constituição e da LOS quanto à complementaridade ao SUS, o secretário observou que se deve levar em conta todos os gastos da SMS com a saúde, colacionou os gastos totais do município com a saúde no ano de 2018 (vide Tabela 4), mostrando que os recursos municipais destinados às áreas da Administração Pública Direta (APS, HPS, HMIPV e PAs) ou Indireta (GHC e HCPA) correspondiam a 71% do montante total, enquanto os destinados às entidades privadas contratualizadas eram de 29%. Em adição a esses dados financeiros, informou também que no 2º quadrimestre de 2019 foram gastos 46,26% do percentual da RCL com gastos de pessoal, outro dado corroborando o risco de descumprimento à LRF (DOPA, 2020).

As tabelas 2 e 3 mostram os servidores municipais do Executivo de Porto Alegre em abril/ 2023 a partir do Portal da transparência, do quadro de 25.846 servidores do Executivo, 17% são da SMED, 16% da SMS, 4% do DMAE e 2% da SMED, e as categorias profissionais da Adm. Direta da SMS-POA em abril/ 2023.

Tabela 2 – Quadro de servidores municipais do Executivo de Porto Alegre em abril/ 2023

	Servidores	SMS	SMED
ADMINISTRAÇÃO CENTRALIZADA	20.941	4.023	4.375
	100%	19%	21%
		DMAE	DMLU
ENTIDADES AUTÁRQUICAS	4.905	1.148	470
	100%	23%	10%
TOTAL	25.846		

Fonte: Portal da transparência, do quadro de 25.846 servidores do Executivo, 17% são da SMED, 16% da SMS, 4% do DMAE e 2% da SMED.¹²³

Tabela 3 a seguir com as categorias profissionais da Administração Direta:

Tabela 3 – Categorias profissionais da Adm. Direta da SMS-POA em abril/ 2023

CAT. PROFISSIONAL	QUANTITATIVO
ACS	44
ACE	3
AUX ENFERMAGEM	256
AUX FARMÁCIA	9
AUX GABINETE ODONTO	58
CIRURGIÃO DENTISTA	96
ENFERMEIRO	437
FARMACÊUTICO	78
MÉDICO ESPECIALISTA	826
NUTRICIONISTA	33
PSICÓLOGO	52
TEC ENFERMAGEM	807
TÉC HIGIENE DENTAL	3
TEC LAB ANÁL CLIN	28
TÉC NUTR E DIETÉT	8
TERAP OCUP	19
TOTAL	2.757

Fonte: Portal da transparência¹²⁴

Na tabela 4 a seguir observa-se nos demonstrativos de Relatórios de Gestão Fiscal – RGF histórico do comprometimento da RCL com despesa pessoal do Executivo do município de Porto Alegre, que a partir do 3º quadrimestre de 2020 e, principalmente

¹²³ Disponível em: <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br>. Acesso em 22 de maio de 2023.

¹²⁴ Portal da Transparência de Porto Alegre, Administração direta com 3.393 pessoas em 56 categorias profissionais, a categoria de maior quantitativo é a dos médicos especialistas, correspondendo a 24% do número total, e 30% da tabela 4 em que se selecionaram 2.757 de assistência. Disponível em: <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br/sites/default/files/usudoc/uploads/smap/2023/05/totais-cargo-abril/2023>. Acesso em 20 de maio de 2023.

depois de 2020, houve redução do comprometimento sobre a RCL com despesa com pessoal.

Tabela 4 – Relatórios de Gestão Fiscal dos demonstrativos de despesa com pessoal de 2016 a 2022 da Administração Central do Executivo do município de Porto Alegre

QUADRI	RGF - DEMONSTRATIVO DESPESA PESSOAL EXECUTIVO						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1º	↑ 48	↑ 51,07	↑ 50,29	↑ 47,94	↓ 43,2	↓ 42,31	↓ 39,5
2º	⇒ 47	↑ 50,59	↑ 49,75	⇒ 46,26	↓ 42,6	↓ 41,38	↓ 40,76
3º	↑ 49	↑ 50,86	↑ 48,64	⇒ 45,35	↓ 41,8	↓ 40,76	↓ 40,41

Fonte: Portal da Transparência.¹²⁵ Limite máximo (VIII) (incisos I, II e III, art. 20 da LRF) – 54%; Limite prudencial (IX) = (0,95 x VIII) (parágrafo único do art. 22 da LRF) – 51,30%; Limite de alerta (X) = (0,90 x VIII) (inciso II do §1º do art. 59 da LRF) – 49%.

Na tabela 5 o Orçamento descrito na decisão administrativa do GS-SMS:

Tabela 5 – Orçamento da SMS-POA no ano de 2018

Tipo de dispêndio	Valores totais	% dos recursos	Tipo adm.
APS, especializada e assist. farmacêutica	R\$ 311.636.998,91	16%	Gastos com Adm. Direta e Hospitais Públicos Próprios 52%
Hospital de Pronto Socorro	R\$ 173.542.567,70	9%	
H. Mat.-Infantil Presidente Vargas	R\$ 114.357.856,04	6%	
Pronto-Atendimentos	R\$ 81.049.580,55	4%	
Outros gastos da Ad. Pública	R\$ 314.942.448,81	17%	
GHC e HCPA (hospitais da União)	R\$ 357.730.891,13	19%	Gastos Ad. Indireta 19%
Irmandade Santa Casa MPA	R\$ 154.445.132,10	8%	Gastos com Rede Privada 29%
HSL da PUCRS	R\$ 97.295.990,92	5%	
Associação Hospitalar Vila Nova	R\$ 72.248.106,88	4%	
Instituto de Cardiologia -IC-FUC	R\$ 60.679.551,40	3%	
Outros gastos rede contratualizada	R\$ 167.731.756,21	9%	
Total	R\$ 1.905.660.880,65		

Fonte: Dados da decisão administrativa¹²⁶ – adaptação própria

Com relação às despesas com pessoal e à LRF, o secretário relatou haver vantajosidade pela contratualização à iniciativa privada devido à redução dos custos e

¹²⁵ Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br/smf>. Acesso em 20 de maio de 2023.

¹²⁶ A fonte informada na decisão foram os Dados dos sistemas oficiais do DATASUS – produção SUS Tabwin. DOPA. Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. **Decisão Administrativa**. Processo 19.0.000147734-2. Porto Alegre, 31 de janeiro de 2020, grifo do GS-SMS. Disponível em: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 18 de maio de 2023.

possibilidade de realocar muitos profissionais para setores que precisavam de recursos humanos. Conforme informação do secretário, a contratação direta de estatutários necessitaria da nomeação de 587 médicos, 92 gerentes, 289 enfermeiros, 198 dentistas, 660 técnicos de enfermagem e 198 auxiliares de saúde bucal, ao custo mensal de R\$ 15.279.651,00, impacto que representaria mais 6,71% no cálculo de despesas, sendo atingindo o limite prudencial de 52,97% de despesas com pessoal (limite máximo permitido 54%)¹²⁷, tendo em vista o caráter continuado de prazo indeterminado, irredutível, de aumento progressivo e vegetativo no tempo, desequilibrando as contas públicas. Com a contratualização o custo mensal fica em R\$ 11.409.328,48, atingido 46,26% das despesas com pessoal (DOPA, 2020).

Demonstrativo de custos mensais das principais instituições hospitalares de Porto Alegre públicas Diretas (municipais) e Indiretas (federais) em relação às contratações com entidades filantrópicas (Lei 8.666/1993) do ano de 2018, para o secretário, mostrava as vantagens financeiras da utilização da complementaridade da iniciativa privada contratualizada dos hospitais filantrópicos, seus orçamentos estimados, custos por leito, e os valores produzidos (tendo como base a tabela SUS) – Ver tabela 5 – feita a ressalva sobre a não inclusão dos valores de isenção fiscal dos hospitais filantrópicos no orçamento estimado, mas que esses não superariam 30% do orçamento de cada uma, sendo que os hospitais federais também têm isenções fiscais.

Na comparação da tabela 6, última coluna à direita, quanto menor é a razão entre o orçamento estimado e o valor da produção SUS, mais eficiente é a instituição, observa-se que a razão das instituições privadas filantrópicas contratadas varia entre 1,2 e 5,7, média ponderada e mediana de 1,7; enquanto a dos hospitais municipais próprios de gestão direta varia entre 8,1 e 11,3, média ponderada de 9,2 e mediana de 9,3. Os custos, portanto, são quase 6 vezes maiores para os hospitais administrados pelo Poder Público do que os geridos pelos hospitais privados filantrópicos.

¹²⁷ Conforme a Lei de Responsabilidade Fiscal, os gastos municipais com pessoal têm os seguintes limites a serem verificados: 48,3% - alerta; 51,3% - limite prudencial e 54% limite máximo permitido. Art. 20, inciso III, alínea “b” da **LC n. 101/ 2000**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em 19 de maio de 2023.

Tabela 6 – Valores mensais do Orçamento dos Hospitais de Porto Alegre de 2018

TIPO	HOSPITAL	COMPLEX	LEITOS	Orç. Estim.*	Custo Leito	Produção SUS	Rel. Orç./SUS
Próprios (POA)	HPS	Méd/Emerg.	124	R\$ 14.461.880,64	R\$ 116.628,07	R\$ 1.278.469,68	11,31
	HMPV	Méd/Emerg.	119	R\$ 9.529.821,34	R\$ 80.082,53	R\$ 1.111.859,29	8,57
Públicos Federais	GHC**	Méd/Emerg.	1.391	R\$ 119.817.321,27	R\$ 86.137,54	R\$ 11.867.033,87	10,10
	HCPA***	Alta/Emerg.	798	R\$ 92.865.513,34	R\$ 116.372,82	R\$ 11.467.358,31	8,10
Filantrópico (Contratos)	HSL-PUC	Alta/Emerg.	299	R\$ 8.289.652,10	R\$ 27.724,59	R\$ 4.878.776,29	1,70
	Sta. Casa	Alta/Emerg.	575	R\$ 15.834.663,62	R\$ 27.538,55	R\$ 11.179.391,68	1,42
	IC-FUC	Alta/Emerg.	179	R\$ 5.214.775,22	R\$ 29.132,82	R\$ 4.173.950,43	1,25
	Vila Nova	Méd/Emerg.	411	R\$ 6.451.644,28	R\$ 15.697,43	R\$ 2.351.897,35	2,74
	HI	Média	100	R\$ 3.785.895,58	R\$ 37.858,96	R\$ 662.286,50	5,72

*Não inclui estimativa CEBAS**Orçam. de todo o grupo ***Inclui orçam Min. Educ..

Fonte: Da decisão Adm a partir produção Tabwin – SUS e CNES (leitos) e orçamentos executados.

Ainda com relação à vantajosidade, seriam ampliados os atendimentos devido ao aumento do número de profissionais e de equipes, passando da taxa de 86% de eSF completas para 100% das equipes completas, com 48 unidades atendendo em horário ampliado até 20h ou 22h, de segunda-feira a sexta-feira, comparativamente às 5 unidades com horário diferenciado daquele momento, representando aumento de 27 mil horas/ano de funcionamento da APS, ampliando o acesso àqueles que têm maior dificuldade nos horários habituais (DOPA, 2020).

Maior escopo de serviços realizados nos postos de saúde como cirurgia de unha encravada, suturas de cortes e retirada de cerúmen do ouvido, melhorando resolutividade de problemas simples e próximo à residência do usuário, diminuindo a procura pelos pronto-atendimentos, melhorando o SUS como um todo, assim como a realização de visitas domiciliares sistemáticas a pacientes com restrição de mobilidade (*ibidem*).

É razoável perceber a emergência da situação, dada a precariedade das relações jurídicas com o IMESF, mesmo que houvesse renhida batalha por parte desses trabalhadores para manutenção de seus empregos, na prática, a prestação de serviços havia diminuído muito e o quadro de atestados e afastamentos desses profissionais era excessivo, compreensível pela irreversibilidade e insolubilidade das circunstâncias, o que deixava a situação mais grave ainda quanto à continuidade da assistência na APS.

Detectam-se fragilidades na decisão, contudo, no afã de abarcar vários aspectos para a implementação da parcerização, há apresentação genérica sobre a vantajosidade

da medida e, como a se misturar maçãs com bicicletas, são comparados gastos do HPS, GHC com os de outras instituições privadas filantrópicas e, por outro lado, não se expõe elaboração de unidades de medidas relacionados aos custos da APS para acompanhamento dos gastos com as OSC, na Nota Técnica 01/2018 do MPE/MPC/MPT/MPF:

(...) para garantir a economicidade e eficiência da transferência dos serviços é necessário que a Administração Pública de antemão conheça sua realidade, seus custos e resultados, individualizados para cada estabelecimento de saúde municipal, apurados em unidades de medidas e custos globais de serviços e insumos, utilizando-se de adequadas técnicas de quantificação e qualificação (...); é de extrema importância a elaboração de uma matriz de risco para o acompanhamento concomitante dos preços praticados pela Organização Social, como exemplo, a hora do profissional médico, o kg da roupa lavada, o kg da refeição, a hora dos profissionais da atividade considerada meio (serviços de vigilantes, de limpeza, dentre outros), o que somente será possível se a Administração apurar previamente todos os seus custos (...) (MPE/MPC/MPT/MPF, 2018, p. 6-7).

Assim, embora não haja previsão legal de estabelecimento de matriz de risco na Lei 13.019/2014 do MROSC, que foi usado como fundamento das parcerizações, é recomendação da Nota Técnica citada e da nova Lei n. 14.133/2021, que regulamenta licitações e contratos administrativos e a qual os prestadores privados, mesmo contratualizados sob novo marco legal, acabam tendo alguma submissão parcial dada a relevância pública dos serviços públicos e a administração de equipamentos e recursos financeiros públicos.

Outra recomendação da Nota Técnica 01/2018 é quanto à previsão de medidas para evitar a corresponsabilidade da Administração Pública em relação a verbas trabalhistas (*ibidem*, p.17), o que não ocorreu talvez por partir-se do pressuposto de que a “contratação é de serviços” e não de mão de obra interposta para atividades-fim, valendo-se do MROSC como se fosse um escudo às reclamações trabalhistas, algo problemático mediante a grande rotatividade de profissionais desse modelo, e um grave e perene problema das administrações públicas com relação às contratações das terceirizações das atividades-meio de cessão de mão de obra.

A Nota Técnica também recomenda a fixação de limite de gastos de 60% dos recursos repassados à remuneração de encargos e vantagens pagos para dirigentes, empregados e servidores cedidos para dirimir riscos de aplicação de dinheiro público,

bem como a obrigatoriedade de publicação dos relatórios financeiros e de execução do Contrato de Gestão. O MROSC no art. 15-B prevê a apresentação de relatório anual de execução de atividades sobre a execução do objeto do Termo da Parceria e o comparativo entre as metas que foram propostas e os resultados atingidos, assim como todos os demonstrativos de despesas e aplicação dos recursos.

Na audiência citada, ocorrida no dia 12 de dezembro de 2019, vinculada ao processo n. 001/1.14.0064386-5 (CNJ 0080196-07.2014.8.21.0001) (RIO GRANDE DO SUL), o Secretário apresentou os dados para configurar a situação emergencial na APS de Porto Alegre, tendo em vista as vacâncias existentes nas equipes e a projeção de piora em decorrência do desligamento dos profissionais do Programa Mais Médicos e dos profissionais do IMESF¹²⁸, e também a necessidade de maior contingente de profissionais tendo em vista o Programa Saúde na Hora instituído pela Portaria n. 930/2019¹²⁹, sob risco de perda de verbas federais se a implementação das equipes não ocorresse até 31/12/2019, justificativas apresentadas para buscar a contratação emergencial com dispensa de chamamento público para a APS. Houve concordância junto ao MP para que fossem adotadas medidas cabíveis para garantia do regular e contínuo funcionamento da APS em Porto Alegre.

Relembra-se que, nesse momento, a contratação emergencial para a APS e as justificativas apresentadas envolviam o risco da desassistência à saúde por vacância de profissionais para composição de equipes, assim como o alegado risco de perda dos incentivos federais vinculados ao programa do MS, não havia eclodido a pandemia de Covid-19.

O fundamento legal tomou como base a previsão de dispensa de chamamento pela Lei n. 13.019/2014 nos casos do art. 30: inc. I: “no caso de **urgência decorrente de paralisação ou iminência de paralisação de atividades de relevante interesse público**, pelo prazo de até cento e oitenta dias;” e no inc. VI “no caso de atividades voltadas ou

¹²⁸ Houve grande impacto nos atendimentos após a divulgação de que o IMESF seria extinto, mesmo naqueles postos de saúde em que havia convívio híbrido de vinculação, ocorreram paralisações, passeatas e afastamentos dos funcionários, com redução dos atendimentos.

¹²⁹ A Portaria MS/GM n. 1.352 de 13 de junho de 2019 homologou a adesão do município ao Programa Saúde na Hora para 24 USF abrangendo 91 eSF e 37 eSB. O Anexo I mostra tabela com todas as unidades homologadas no programa, com a quantidade de eSF e eSB e o seu formato de funcionamento por município, disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt1352_14_06_2019.html. Acesso em 16 de maio de 2023.

vinculadas a serviços de educação, **saúde** e assistência social, desde que executadas por **organizações da sociedade civil previamente credenciadas** pelo órgão gestor da respectiva política”.

Desse modo o citado Edital de Credenciamento para habilitar Organizações da Sociedade Civil para prestação de serviços da saúde no município foi divulgado no DOPA em 1 de novembro de 2019, vinculado ao Processo administrativo n. 19.0.000130399-9, para habilitar OSC com atuação na área da Saúde para a prestação de serviços no Município de Porto Alegre, criar cadastro de entidades interessadas à participação complementar ao SUS. A base legal no edital além da CRFB/88 e da LOS, era a Lei n. 13.019/2014 (inciso VI do art. 30) e o Decreto Municipal n. 19.774/2017 que a regulamenta no âmbito local (inciso IV, art. 13 que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as OSC). Como condições para o credenciamento, destaca-se a seguir alguns dos pontos exigidos das OSC pela SMS:

- a) ser pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que não distribua, entre seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais resultados, sobras excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio auferido mediante o exercício de suas atividades e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social; (...)
- c) possuir Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) emitido pelo Ministério da Saúde.
- d) possuir sede e representação atuante e reconhecida no município de Porto Alegre, conforme disposto no inciso I, § 2º do artigo 24 da Lei 13.019/2014, até a publicação deste edital.
- e) estar regularmente constituída e em efetivo exercício por, no mínimo, 10 (dez) anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no CNPJ, admitida a redução desse prazo por ato específico do Administrador na hipótese de nenhuma organização atingi-lo; (...)¹³⁰

No extrato do DOPA do dia 19 de dezembro de 2019 foram publicadas as OSC credenciadas a partir do Edital de Credenciamento 01/2019: 1. Associação Hospitalar Vila Nova, doravante HVN; Fundação Universitária de Cardiologia, doravante IC-FUC; Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Santa Casa; e; a Sociedade Sulina Divina Providência, SSDP.

¹³⁰ Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=271759. Acesso em 20 de maio de 2023.

Atualização do credenciamento de OSC publicada no DOPA de 17 de janeiro de 2020 adiciona Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, nova atualização no DOPA em 14/05/2020, por fim, inclui na lista de OSC credenciadas a União Brasileira de Educação e Assistência, doravante PUC.

Conforme explanado, a priorização e a essencialidade da APS como porta de entrada principal e condutora do usuário no SUS, os progressivos incentivos financeiros de custeio e o fomento à implementação de programas para ampliação da cobertura e acesso à APS, a extinção do IMESF, a saída dos intercambistas cubanos do PMM¹³¹, confluíram em gestão municipal com governo alinhado ao modelo gerencial e pró-desestatização, o que repercutiu na transferência majoritária de US da APS para o gerenciamento por OSC, inicialmente por edital de credenciamento com dispensa de chamamento e contratualização emergencial de 180 dias (durou 240 dias), depois expandido por 24 meses, prorrogação e por fim o chamamento público, o que se passará a relatar a seguir.

3.2 Histórico da contratualização da APS em Porto Alegre

Em meados de dezembro de 2019 foram assinados Termos de Colaboração com quatro das entidades credenciadas: IC-FUC; SSDP; HVN; e Santa Casa. A contratualização emergencial com dispensa de chamamento, com base jurídica no MROSC – a Lei n. 13.019/2014, Decreto Municipal n. 19.775/2017, Lei n. 8.080/1990 e Portaria de Consolidação GM n. 2/2017, dispensa da realização de chamamento público nos termos do art. 30 do MROSC decorrente das circunstâncias já detalhadas acima, e decisão administrativa pelo prosseguimento dessa modalidade de delegação dos serviços de saúde às OSC, rejeitada deliberação do CMS contrária à medida.

No dia 18 de dezembro de 2019 foram publicados no DOPA os Extratos de Termos de Colaboração com objeto da execução de atividades de atenção à saúde na Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre firmado entre a SMS e as OSC: i) IC-FUC no valor de R\$15.529.989,16 por um prazo de 150 dias, vinculado ao processo 19.0.000147798-9; ii) SSDP no valor de R\$22.816.742,91 por um prazo de até 180 dias, vinculado ao processo 19.0.000147791-1; iii) HVN no valor de R\$16.563.911,87 por um

¹³¹ Representavam cerca de 80% dos bolsistas do programa.

prazo de até 180 dias, vinculado ao processo 19.0.000147802-0; e iv) Santa Casa no valor de R\$5.664.638,64 por um prazo de até 180 dias, vinculado ao processo 19.0.000147804-7.¹³²

O Termo de Colaboração e seu Plano de Trabalho, de cláusulas e estabelecimento de metas similares para as quatro OSC, com diferenças quantitativas devido ao número de US e equipes, com o objetivo de executar “atividades de atenção à saúde na Atenção Primária à Saúde do Município de Porto Alegre, em mútua cooperação, nas Unidades de Saúde detalhadas”, além de manter as habilitações e adesão a novas habilitações de equipes de Atenção Primária perante o MS, nas US com Saúde na Hora o funcionamento deve ser de 60 horas semanais. Quanto às diretrizes, o funcionamento deve ser de portas abertas, “com garantia de acesso aos pacientes aos quais o serviço é referência e por demanda espontânea para quaisquer casos”.¹³³

Quanto às diretrizes o termo de colaboração também pactua uma APS resolutive com realização de ações e procedimentos previstos na Carteira de Serviços da APS¹³⁴ de Porto Alegre, o encaminhamento a outros níveis de complexidade deve ocorrer conforme os protocolos clínicos, devem ser registradas as ações e procedimentos feitos em sistema eletrônico de informações em saúde adotados pelo município: Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC e-SUS, Sistema de Gerenciamento e de Regulação de Consultas e Exames

¹³² Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/dopa/ver_conteudo.php?protocolo=276491. Acesso em 20 de maio de 2023.

¹³³ TC n. 73.309 assinado entre Santa Casa e o Município 24 e 25 de setembro de 2020. Disponível na íntegra em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/termo_colaboracao_sta_casa_aps.pdf. Acesso em 30 de maio de 2023.

¹³⁴ A Carteira de Serviços da APS – CaSAPS foi lançada em 18 dezembro de 2019 pelo MS e é uma lista para orientar as ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde que podem ser ofertados na APS, tem o intuito de auxiliar os profissionais na tomada de decisões e os usuários sobre quais serviços podem buscar na APS. A definição pela CaSAPS de amplo escopo de serviços ofertados é uma forma de garantir integralidade, coordenação do cuidado e ampliação do acesso. A ferramenta já era utilizada em Curitiba, Rio de Janeiro, Natal, Florianópolis, Belo Horizonte, e até noutros países como Espanha, tendo sido referência para a construção do CaSAPS do MS. Disponível em: <https://apsredes.org/ministerio-da-saude-lanca-carteira-de-servicos-da-atencao-primaria-a-saude/>. A CaSAPS pode ser acessada em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf, versão para população em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_populacao.pdf. No site da prefeitura de Porto Alegre a Carteira de Serviços está disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/carteirafinal.pdf. Acesso em 30 de maio de 2023.

– GERCON, de Dispensação de Medicamentos – DIS, Sistema de Pedidos e Gerenciamento de Materiais – GMAT e outros que sejam implementados.

O termo de colaboração também estabelece o uso de ferramentas de atendimento clínico remoto de telemedicina e regulação dos pacientes como maneira de melhorar a resolutividade, disponibilização de atendimentos individuais médicos, odontológicos e de enfermagem com acesso por demanda espontânea em todos os turnos de funcionamento, realização de procedimentos médicos e de enfermagem, vacinas, curativos, sondagens, administração de medicamentos, nebulização, testes rápidos, coleta de BAAR, pequenas cirurgias, sutura, cantoplastia, remoção de cerume, dentre outros, assim como visitas e atendimentos domiciliares.¹³⁵

Previsto no termo de colaboração que 80% do valor mensal estipulado para execução do objeto refere-se ao custeio fixo, sendo repassado integralmente à parceria, enquanto 20% restantes vinculam-se ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas avaliadas bimestralmente, destes, 10% condicionado ao cumprimento de metas quantitativas, conforme Documento Descritivo e 10% condicionado ao cumprimento de metas qualitativas. O Plano de Trabalho do Anexo I define para cada uma das gerências distritais e respectivas US, o número de equipes e horas por categoria profissional¹³⁶.

Dentre as metas quantitativas o termo define a pontuação pelo atingimento de média de consultas médicas disponibilizadas por mês, consultas de saúde bucal, visitas domiciliares, número de pessoas vinculadas a alguma equipe, e o percentual de que o pagamento vinculado ao atingimento dessa meta (10%) seria de acordo com a soma da pontuação de cada indicador de forma ponderada.¹³⁷

As metas qualitativas calculam a resolutividade que deve ser maior do que 85%, baseada nos encaminhamentos feitos à rede especializada, o número de US com pelo

¹³⁵ TC n. 73.309 assinado entre Santa Casa e o Município 24 e 25 de setembro de 2020. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/termo_colaboracao_sta_casa_aps.pdf. Acesso em 30 de maio de 2023.

¹³⁶ TC n. 73.309 assinado entre Santa Casa e o Município 24 e 25 de setembro de 2020. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/termo_colaboracao_sta_casa_aps.pdf. Acesso em 30 de maio de 2023.

¹³⁷ TC n. 73.309 assinado entre Santa Casa e o Município 24 e 25 de setembro de 2020. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/termo_colaboracao_sta_casa_aps.pdf. Acesso em 30 de maio de 2023.

menos 75% dos procedimentos previstos no carteirômetro (vide nota explicativa 134) realizados no trimestre, o número de US com média maior ou igual a 4 coletas de escarro por equipe a cada mês, número de US com média maior ou igual a 10 coletas de sangue oculto nas fezes por equipe a cada mês, e o cálculo do ISF – Indicador Sintético Final dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil do conjunto das US contratualizadas. O pagamento baseia-se na soma da pontuação de cada indicador de forma ponderada.

Em 7 de julho de 2020 foi divulgado no DOPA a renovação do Termo de Colaboração com a IC-FUC – Termo Aditivo I pelo prazo de 11/06/2020 até 31/08/2020, com valor de R\$ 3.170.560,83, nova renovação em 14 de outubro de 2020 no Termo Aditivo II por um período de 60 dias compreendendo o período de 01/09/2020 a 31/10/2020 com valor de R\$ 2.487.509,10.

Também no dia 7 de julho de 2020 foi divulgado no DOPA a renovação do Termo de Colaboração com a SSDP – Termo Aditivo I pelo prazo de 27/06/2020 até 31/08/2020, com valor de R\$ 5.925.302,16. Novo aditivo publicado em 31 de julho de 2020 com objeto de

Acréscimo de recursos humanos (corpo clínico) ao Termo de Colaboração, no montante máximo de 15 (quinze) técnicos de enfermagem ou 12 (doze) técnicos de enfermagem e 01 (um) enfermeiro, conforme demanda solicitada pelo Município de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, tendo em vista a necessidade de equipe técnica para atendimento nas tendas de coletas de testagem para o Covid-19. A partir da assinatura deste Termo Aditivo haverá o acréscimo imediato de 09 (nove) técnicos de enfermagem para atendimento nas tendas de coletas de exames nas Unidades de Saúde 1º de Maio, Cristal e São Carlos, sendo necessário 03 (três) técnicos de enfermagem para cada tenda, com possibilidade ulterior de ampliação do corpo clínico. VALOR: Haverá majoração do valor pactuado no montante máximo mensal de R\$ 73.086,08 (setenta e três mil, oitenta e seis reais e oito centavos), sendo o valor majorado de acordo com a quantidade de recursos humanos acrescida.¹³⁸

Em 1 de julho de 2020 foi divulgado no DOPA a renovação do Termo de Colaboração com o Vila Nova – Termo Aditivo I pelo prazo de 27/06/2020 até

¹³⁸ Extrato de Termo Aditivo - PROCESSO 19.0.000147791-1. Disponível no DOPA, divulgação 30/07/2020, publicação 31/07/2020.

31/08/2020, com valor de R\$ 4.194.846,81, novo aditivo em 31 de julho de 2020 com o objeto de

Acréscimo de recursos humanos (corpo clínico) ao Termo de Colaboração, no montante máximo de 10 (dez) técnicos de enfermagem e 02 (dois) enfermeiros, conforme demanda solicitada pelo Município de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista a necessidade de equipe técnica para atendimento nas tendas de coleta de exames de testagem para o COVID-19. A partir de 23/07/2020, haverá o acréscimo imediato de 06 (seis) técnicos de enfermagem para atendimento nas tendas de coletas de exames das Unidades de Saúde Paulo Viaro e Moradas da Hípica, sendo necessário 03 (três) técnicos de enfermagem para cada tenda, com possibilidade ulterior de ampliação do corpo clínico. VALOR: Haverá majoração do valor pactuado no montante máximo mensal de R\$ 70.270,24 (setenta mil, duzentos e setenta reais e vinte e quatro centavos), sendo o valor majorado de acordo com a quantidade de recursos humanos acrescida.¹³⁹

Em 7 de julho de 2020 foi divulgado no DOPA a renovação do Termo de Colaboração com a Santa Casa – Termo Aditivo I pelo prazo de 27/06/2020 até 31/08/2020, com valor de R\$ 1.438.388,32; não foi localizado no DOPA a publicação do Termo Aditivo II¹⁴⁰.

A SETEC emitiu o Parecer n. 06/2020, aprovado na Plenária do dia 03/09/2020, tratando dos termos aditivos II ao Termo de Colaboração emergencial com as parcerias que geriam a APS: (a) 19.0.000147804-7 – Termo de Colaboração com a Santa Casa; (b) 19.0.000147802-0 – Termo de Colaboração com HVN; (c) 19.0.000147791-1 – Termo de Colaboração com SSDP. No parecer, da mesma forma que acontecera com o I Termo Aditivo, relatam que o CMS não tinha sido informado pela gestão ou solicitado a se manifestar, que somente tomaram conhecimento após encaminhado para assinatura, questionou-se o fato de que, em menos de um mês da assinatura do I Termo Aditivo, haviam sido encaminhados pedidos de liberação financeira para 90 dias, com objetivo de adicionar recursos humanos para coletas de RT-PCR para Covid-19 em tendas de atendimento (CMS, 2020a, p. 2).

¹³⁹ Extrato de Termo Aditivo - PROCESSO 19.0.000147802-0. Disponível no DOPA, divulgação 31/07/2020, publicação 3/08/2020.

¹⁴⁰ O Termo Aditivo II pode ser encontrado no sítio da Prefeitura de Porto Alegre>SAÚDE>Documentos e Publicações>Prestadores de Serviços de Saúde. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=928. Acesso em 25 de maio de 2023.

Destacaram no parecer que, sendo o termo II consequencial ao I, com vigência de 27/6/2020 até 31/08/2020, não havia sustentação legal para que o prazo do II termo fosse de 90 dias, bem como, dentre outros questionamentos, não ter havido previsão sobre contratação de recepcionistas, e divergências do escopo previsto no plano de trabalho e o cálculo dos valores por não apresentar parâmetros comparativos de forma a permitir previsão de custos em relação à majoração incluída, ver tabela 7 abaixo (*ibidem*).

Tabela 7 – Termo Aditivo II emergencial das parcerias para gestão APS

SEI	ENTIDADE	Valor ago/2020	ACRÉSCIMO DE PROFISSIONAIS AO TERMO ADITIVO
19.0.000147804-7	Santa Casa	R\$ 681.300,74	13 (treze) técnicos de enfermagem
		R\$ 110.539,37 – Tendões testagem COVID 19	04 (quatro) enfermeiros
		TOTAL R\$ 791.840,11	02 (dois) recepcionistas
SEI	ENTIDADE	Valor ago/2020	ACRÉSCIMO DE PROFISSIONAIS AO TERMO ADITIVO
19.0.000147802-0	Vila Nova	R\$ 2.149.626,67	10 (dez) técnicos de enfermagem
		R\$ 70.270,24 – Tendões testagem COVID 19	02 (dois) enfermeiros
		TOTAL: R\$ 2.219.896,91	
SEI	ENTIDADE	Valor ago/2020	ACRÉSCIMO DE PROFISSIONAIS AO TERMO ADITIVO
19.0.000147791-1	SSDP	R\$ 2.829.572,80	15 (quinze) técnicos de enfermagem
		R\$ 73.086,08 – Tendões testagem COVID 19	01 (um) enfermeiro
		TOTAL: 2.902.658,88	

Fonte: parecer n. 06/2020 da SETEC

No mesmo parecer colocam a justificativa dada quanto à avaliação de preços, que o montante teria seguido a mesma regra do termo de colaboração e do I aditivo, a base foram os valores salariais apresentados no orçamento do credenciado e os valores pagos

atualmente no IMESF, acrescidos de encargos e custos indiretos de operação e presentes no projeto básico¹⁴¹ no SEI 19.0.000147734-2 (CMS, 2020a, p. 3).

Conforme o parecer, no II termo não foi apresentada análise econômica de custos para realização na rede própria, ou comparativo de valores, assim como não foi feita análise de diferentes cenários para verificação da economicidade, eficiência e efetividade na contratação de testes. Entendem que havia a possibilidade de que a demanda fosse absorvida pelos técnicos dos laboratórios públicos da SMS, potencializando a capacidade instalada desses serviços (*ibidem*, p.4).

Na inviabilidade da rede própria para a demanda, ainda se podia recorrer à complementar já existente com os Laboratórios credenciados via edital de chamamento público, que receberam 40% do valor do seu contrato com incentivos previstos por meio da Instrução Normativa n. 11 devido à pandemia, previsão no Termo de apostilamento II do Contrato Único registrado sob n. 71.754. O parecer, informa a rejeição ao segundo termo aditivo e faz encaminhamento ao Ministério Público de Contas para investigação (*ibidem*, p.4-6).

Quanto ao Portal de Transparência do SGP – Sistema de Gestão de Parcerias “é uma plataforma voltada para o aperfeiçoamento da relação entre as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre” para compatibilização às exigências legais da Lei n. 13.019/2014 e do Decreto Municipal n. 19.775/2017, a fim de padronizar fluxos de trabalho e desburocratizar o processo de prestação de contas e dar transparência à destinação dos recursos às OSC que celebram parcerias com o município.¹⁴²

O Decreto n. 20.239 de 26 de abril de 2019 instituiu a plataforma eletrônica de gerenciamento das parcerias entre a Administração Pública Direta e Indireta de Porto Alegre e as OSC, cumprindo o exigido pelo art. 65 da Lei n. 13.019/2014 e art. 48 do Decreto Municipal n. 19.775/2017. Das diretrizes do SGP estão a transparência e o

¹⁴¹ Não foi encontrado documento público contendo o projeto básico.

¹⁴² No site da prefeitura disponibilizam-se os arquivos dos regramentos municipais, o Decreto n. 19.775/2017 que regulamenta a Lei federal n. 13.019/2014 – MROSC e o Decreto n. 20.239/2019 que instituiu o SGP, assim como um tutorial do sistema. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/smtc/projetos/sgp-sistema-de-gestao-de-parcerias#:~:text=O%20SGP%20C3%A9%20uma%20plataforma,n%C2%BA%2019.775%2F2017%20e%20altera%C3%A7%C3%B5es>. Acesso em 26 de maio de 2023.

controle social, eficiência, incentivo a recursos de tecnologia da informação atuais, adoção de práticas de gestão administrativa necessárias e suficientes para coibir a malversação dos recursos, garantir a confiabilidade e integridade das informações para o gerenciamento das parcerias (art. 2º).

O órgão gestor para implementação e gestão do SGP é a Secretaria Municipal de Transparência Municipal de Transparência e Controladoria – SMTC. A plataforma se estrutura em 4 módulos: o Módulo 1 dispõe sobre dados e valores da parceria conforme o instrumento; o Módulo 2 dispõe sobre a execução das despesas pela OSC e a comprovação de lançamentos individualizados de cada despesa com seus respectivos comprovantes; o Módulo 3 relaciona-se com o monitoramento e avaliação e prestação de contas e juntada de relatórios, documentos e pareceres pela Administração Pública; e, o Módulo 4 reúne os anexos relevantes.

Para buscar o Termo de Colaboração no SGP insere-se o número com 5 dígitos do Termo de Colaboração (o mesmo durante toda vigência ainda que haja termos aditivos), na página inicial da parceria está o valor total previsto e os totais concedidos, o Status da Parceria, Data inicial e final da vigência.

Nessa plataforma somente estão os Termos de Colaboração, Termos de Fomento e Acordos de Cooperação celebrados pelo diploma normativo do MROSC, a Lei n. 13.019/2014, ou seja, os contratos de gestão, os contratos administrativos pela Lei n. 8.666/1993 (a ser revogada pela Lei n. 14.133/2021) estão em plataforma de transparência própria.

As emendas parlamentares às instituições de saúde têm seus recursos financeiros disponibilizados por meio de Termo de Fomento regrado pela Lei 13.019/2014, por conseguinte são inseridos na plataforma do SGP. Na página inicial geral pode-se verificar, no caso das emendas, quando se trata de Emenda impositiva, o nome do vereador, Emendas Federais com os nomes dos deputados ou senadores, bem como o objeto, os valores e para quais instituições é destinado o recurso.

Das 4 organizações sociais gestoras da APS a única OSC gestora que captou recursos de emendas parlamentares foi a SSDP, são 38 unidades de saúde sob a gestão operacional da SSDP, o correspondente a 27,34% de todas as unidades de saúde do município, ou 32% do contingente das contratualizadas às organizações sociais.

Na plataforma do SGP foram encontrados 12 termos de fomento, com base na Lei 13.019/2014, instrumentalizando a transferências de recursos financeiros de 12 emendas impositivas de vereadores no total de R\$ 774.500,00, no período abrangendo 2020 até 2022. A listagem desses termos está na Tabela 8 abaixo.

O TF n. 81.839 liberou valores para compra de materiais permanentes para US Esmeralda; o TF n. 80.823 para custeio e qualificação da US Santo Alfredo; o TF n. 80.924 para compra de bens de consumo e reformas na US São Carlos; o TF n. 80.012 para qualificação e despesas correntes da US Lomba do Pinheiro; os TF n. 79.954 e n. 80.010 destinaram valores para qualificação e gastos com despesas correntes da US Moab Caldas; o TF n. 80.900 destinou recursos de custeio à US Herdeiros; o TF n. 80.107 para compra de equipamentos permanentes e qualificação da US Santa Tereza; o TF n. 80.011 para qualificação e estruturação da UBS Pequena Casa da Criança; os TF n. 80.834 e n. 80.837 destinaram valores para aquisição de equipamentos permanentes e melhorias estruturais da US Primeiro de Maio; o TF n. 80.093 para materiais permanentes à US Osmar Freitas.

Tabela 8 – Emendas destinando valores para unidades da APS geridas pela SSDP no período de 2020 a 2022

	Termo	Emenda	Beneficiário	Valor	Status
1	81.839	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 30.000,00	Em exec
2	80.823	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 41.000,00	Em exec
3	80.924	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 100.000,00	Em exec
4	80.012	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 40.000,00	Em exec
5	79.954	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 130.000,00	Em exec
6	80.010	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 184.500,00	Em exec
7	80.900	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 100.000,00	Em exec
8	80.107	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 39.000,00	Em exec
9	80.011	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 40.000,00	Em exec
10	80.834	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 15.000,00	Em exec
11	80.837	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 35.000,00	Em exec
12	80.093	Emenda Impositiva	vereador SSDP-APS	R\$ 20.000,00	Em exec
Total				R\$ 774.500,00	

Fonte: plataforma SGP¹⁴³

¹⁴³ Disponível em: <https://sgp-admin.procempa.com.br/execucao/exibeParceriasM2>. Acesso em 27 de maio de 2023.

Como descrito acima, os recursos de emendas parlamentares destinados para instituições de saúde ambulatoriais e hospitalares registrados no SGP de 2019 a 2022, têm destinação variável como compra de equipamentos permanentes ou insumos diversos, colchões, conta de luz de hospitais, lavanderia, veículos para transporte, aventais descartáveis, incremento do teto MAC (Média e Alta Complexidade) etc. Os planos de trabalho vinculados às emendas que possuem as especificações do objeto e cronograma de gastos e, possivelmente, levantamento de orçamentos, não estão disponíveis para acesso livre no portal SGP, também não há boa navegabilidade para acesso a outros comprovantes associados como notas fiscais.

A maioria não teve ainda sua prestação de contas aprovada, o que se pode observar no status “em execução” na plataforma, a própria instituição da lei orgânica sobre as emendas impositivas de vereador (as mais numerosas) tem implementação e regulamentação relativamente recentes, infere-se que a gestão da plataforma ainda está em curva de aprendizado de uso e aprimoramento, tendo sido implantada no período turbulento da pandemia.

O levantamento das 163 emendas da plataforma, com valor total de R\$ 39.647.720,16, bem como um destaque das que apareceram em maior frequência quantitativa e maior valor financeiro foram dispostos nas tabelas do Apêndice B e C ao final do trabalho, tendo em vista não serem o foco do trabalho. Entretanto, como há conexão com o financiamento e planejamento do SUS, destaca-se o fato (Apêndices B e C) de que 77% do quantitativo das emendas foi destinado a 9 entidades de saúde, correspondendo aos recursos financeiros de 97% do valor total dispendido a um rol restrito dos mesmos prestadores.

Se considerarmos que, no sítio <https://elasticnes.saude.gov.br/geral>, de abril de 2023 o município de Porto Alegre, de um total de 5.774 estabelecimentos de saúde cadastrados, possui 312 públicos e 108 sem fins lucrativos, são 420 estabelecimentos públicos e sem fins lucrativos com necessidades de insumos, qualificação, com a mesma tabela SUS defasada, ou seja, o mesmo problema de escassez de recursos e, ainda que se considere que os valores destinados às unidades gerenciadas pela OSC-SSDP correspondem a mais de um CNES (10 US com emendas para compra de materiais e

qualificação), percebe-se que os recursos das emendas não possuem uma distribuição equitativa e planejada.

Na plataforma há os módulos “Demonstrativo de Desembolsos, Documentos Complementares, Devoluções de Recursos e Rendimentos de aplicação/poupança, Situação das Prestações de Contas Parciais, Resumo do Fluxo Financeiro da Entidade, Colaboradores, Responsável Técnico e Notificações de Apontamentos, no entanto, a permissão de acesso é limitada.

Extraídos da plataforma do SGP, na Tabela 9, resumiram-se os principais dados financeiros disponíveis publicamente sobre os recursos estimados (valores estipulados no Termo de Colaboração), os valores liberados e a composição de gastos desembolsados pelas entidades que geriram a APS em parceria com o município. Discriminaram-se em coluna específica os valores despendidos com pagamento de pessoal e agruparam-se os gastos desembolsados com serviços de terceiros, consumo, permanentes e outros (a discriminação destes encontra-se na tabela 10); o período de apuração corresponde ao prazo estipulado de 180 dias (que foi maior), a contratualização emergencial iniciou em 30/12/2019 e a vigência findou em 31/08/2020.

Tabela 9 – Resumos dos valores do Portal SGP dos Termos de Colaboração das parcerias que assumiram a gestão da APS por 180 dias (30/12/2019 até 31/08/2020¹⁴⁴)

Valor estimado TC* APS 180 dias	Valores liberados	pgto pessoal	T+C+P+O**	desembolso total	remanescente***	
IC-FUC	R\$ 15.529.989,16	R\$ 10.169.299,88	R\$ 3.753.703,84	R\$ 254.812,92	R\$ 4.008.516,76	R\$ 6.160.783,12
SSDP	R\$ 22.816.742,91	R\$ 18.951.375,99	R\$ 16.355.193,12	R\$ 63.567,99	R\$ 16.418.761,11	R\$ 2.532.614,88
V. NOVA	R\$ 16.563.911,87	R\$ 13.006.540,40	R\$ 8.909.146,53	R\$ 994.766,49	R\$ 9.903.913,02	R\$ 3.102.627,38
S. CASA	R\$ 5.664.638,64	R\$ 4.339.076,85	R\$ 2.847.407,15	R\$ 223.038,20	R\$ 3.070.445,35	R\$ 1.268.631,50
total	R\$ 60.575.282,58	R\$ 46.466.293,12	R\$ 31.865.450,64	R\$ 1.536.185,60	R\$ 33.401.636,24	R\$ 13.064.656,88

Fonte: Termos de Colaboração e Portal da Transparência das parcerias SGP

*Valores estimados dos termos de colaboração a partir dos extratos dos editais do DOPA;

**Soma de valores gastos com serviços de terceiros (T), consumo (C), permanente (P) e outros (O);

***O remanescente é a subtração do desembolso total dos valores liberados.

Aqui, como no caso das emendas, pode-se observar que as quatro parcerias do contrato emergencial têm no “Status Atual” a informação “em execução” que indicam que a prestação de contas não foi concluída, o status de “aprovada” só ocorre após a finalização da vigência dos termos e fechamento das prestações de contas sem

¹⁴⁴ O IC-FUC foi o único a ter prazo de início diferente, então foi de 15/01/2020 até 31/08/2020.

inconformidades, assim, grande volume de prestações de contas do período de 2019 a 2022 não foi finalizada. Não há especificações sobre o que é feito com o saldo remanescente (última coluna da tabela 9), aquele que não foi desembolsado em relação aos recursos liberados.

Na plataforma SGP não há relatórios da execução do *objeto*, não são encontrados documentos públicos sobre dados de monitoramento e avaliação do objeto da parceria pelo gestor público municipal, não sendo possível fazer comparativos entre as quatro OSC que gerenciam a APS, ou entre as OSC e a gestão da APS pela administração direta e indireta anterior à parcerização.

Na Tabela 10 discriminaram-se os desembolsos com terceiros, consumo, permanente e outros que estavam somadas na tabela anterior, chama a atenção os gastos da OSC-HVN com “terceiros” e “outros”, tendo recebido valor 31,3% menor que a OSC-SSDP, desembolsou 93% a mais com serviços de terceiros, o valor com a despesa “outros” também é muitas vezes maior que as das outras entidades.

Não houve acesso a informações além dos valores descritos, o detalhamento das prestações de contas e notas não foi encontrado na modalidade de transparência ativa, por restrições à informação ou à navegabilidade da plataforma. Os prazos eram exíguos para a busca dos dados na modalidade de transparência passiva do cidadão.

A impossibilidade de acesso à discriminação dos gastos correspondentes às rubricas “terceiros”, “consumo”, “permanente” e “outros” torna a informação meramente ilustrativa, incapaz de comparabilidade, não se sabe se houve orientações e acompanhamento sistemático às OSC para padronização na inserção desses gastos, bem como que gastos foram esses, quais os terceirizados contratados e o seu custo de mercado, ao que se refere o consumo, o que consiste o gasto com “outros”, não é possível auferir se há vantajosidade sem detalhamento dessas rubricas.

Os indicadores de qualidade disponibilizados publicamente foram os dados do MS – dados do SISAB, requisitos para o custeio federal, não são os mesmos pactuados nos termos de colaboração citados cujo alcance das metas contratualizadas não estava disponível. Não havia possibilidade para averiguação discriminada por US ou entidade gerencial da APS, foram auferidos os indicadores do município como um todo.

Tabela 10 – Desembolsos (sem despesa com pessoal) no SGP dos Termos de Colaboração das parcerias na gestão da APS – 30/12/2019 até 31/08/2020

Desembolsos	IC-FUC	VILA NOVA	SANTA CASA	SSDP
TERCEIROS	R\$ 108.409,99	R\$ 414.952,88	R\$ 56.512,44	R\$ 30.729,10
CONSUMO	R\$ 74.559,01	R\$ 5.711,00	R\$ 4.206,41	R\$ 29.147,44
PERMANENTE	R\$ 10.979,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
OUTROS	R\$ 60.864,92	R\$ 574.102,61	R\$ 162.319,35	R\$ 3.691,45

Fonte: Portal da Transparência das parcerias SGP

Foram acessados os indicadores do município de Porto Alegre de antes e depois da contratualização, e para ser feito um espelhamento, os dados da cidade de Curitiba que, embora sem pretensões estatísticas, servem de parâmetro comparativo a suscitar ilações para investigações posteriores sobre a implementação desse modelo gerencial.

No quadro 5 estão os 7 indicadores do SISAB do ano de 2018 de Porto Alegre (código IBGE 431490) e de Curitiba (código IBGE 410690), escolhida Curitiba por ser capital da região Sul, possuir modelo de contratualização interna por contratos de desempenho visando resultados e população de 1.871.789 habitantes (na data da extração dos dados maio/2023) em comparação a Porto Alegre com 1.492.530 habitantes (maio/2023), lembrando que no ano de 2018 a APS de Porto Alegre tinha modelo de administração direta (própria) e indireta pelo IMESF e convênios com GHC e HCPA.

Pode-se observar com relação aos indicadores, que tiveram, de forma geral, resultados insuficientes (maioria de indicadores em vermelho e laranja) com maior qualidade na APS de Porto Alegre no item relacionado à proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV no pré-natal, e na coleta de exames de prevenção do câncer do colo do útero (embora sinalização em vermelho, abaixo da meta); os indicadores relacionados à saúde bucal de gestantes, proporção de consultas de pré-natal e controle do diabetes tiveram melhores resultados na cidade de Curitiba, lembrando que nesse ano em Porto Alegre as contratualizações internas eram com a administração indireta com o IMESF e entre entes públicos com o GHC (13 unidades) e HCPA (1 unidade).

Quadro 5 – Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2018

Indicadores SISAB	Porto Alegre			Curitiba		
	1ºQ/2018	2ºQ/2018	3ºQ/2018	1ºQ/2018	2ºQ/2018	3ºQ/2018
pré-natal (6 consultas)	37%	33%	29%	21%	57%	62%
pré-natal (Sífilis e HIV)	43%	45%	39%	1%	1%	1%
Gestantes Saúde Bucal	18%	17%	14%	36%	48%	55%
Cobertura Citopatológico	14%	15%	16%	0%	0%	0%
Cobertura Polio e Penta	45%	47%	51%	47%	48%	53%
Hipertensão (PA aferida)	6%	6%	6%	0%	0%	0%
Diabetes (Hemoglobina glicada)	5%	5%	6%	24%	33%	35%

Fonte: Painel do SISAB¹⁴⁵

A referência da sinalização semafórica encontra-se no quadro 2.

No quadro 6 podem ser verificados os resultados obtidos na APS em Porto Alegre e em Curitiba dos indicadores de saúde do ano de 2019.

Quadro 6 – Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2019

Indicadores SISAB	Porto Alegre			Curitiba		
	1ºQ/2019	2ºQ/2019	3ºQ/2019	1ºQ/2019	2ºQ/2019	3ºQ/2019
pré-natal (6 consultas)	29%	33%	27%	69%	68%	68%
pré-natal (Sífilis e HIV)	41%	46%	37%	1%	2%	2%
Gestantes Saúde Bucal	13%	15%	13%	60%	61%	64%
Cobertura Citopatológico	17%	17%	14%	1%	1%	1%
Cobertura Polio e Penta	53%	46%	29%	76%	69%	15%
Hipertensão (PA aferida)	6%	6%	5%	0%	0%	0%
Diabetes (Hemoglobina glicada)	7%	8%	7%	39%	39%	48%

Fonte: Painel do SISAB

A sinalização semafórica encontra-se no quadro 2.

No quadro 6, embora ainda não tenha se iniciado o processo de transferência das unidades para as parcerias com as OSC (termo de colaboração assinado no final de dezembro de 2019), foi um ano conturbado para a APS em decorrência da negativa pelo STF do prosseguimento dos recursos que mantinham suspensa a declaração de inconstitucionalidade da lei criadora do IMESF, mesmo que nesse ano todo de 2019 os

¹⁴⁵ Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em 25 de maio de 2023.

indicadores de Porto Alegre não tenham tido melhoras com relação ao ano anterior de 2018 (quadro 5) percebe-se que o 3º quadrimestre de 2019 de Porto Alegre teve queda do alcance em 7 dos 7 indicadores, o que se pode atribuir à tensão dos anúncios de demissões e extinção da fundação. Em Curitiba, inversamente, houve melhora dos resultados em 4 indicadores.

No quadro 7 a seguir os indicadores do ano de 2020 mostram que o primeiro ano da contratualização da APS às parcerias foram de resultados uniformemente insuficientes, em padrão semelhante ou pior em relação às gestões anteriores de 2018-2019 (direta e indireta estatal) com ténue melhora relacionada à cobertura vacinal, mas todos os indicadores em vermelho e laranja, o que, tendo em vista o comparativo com Curitiba, aparentemente, tenha maior relação com a curva de aprendizado e a maneira abrupta da instituição do novo sistema, do que a ocorrência da pandemia, mera inferência tendo em vista o comportamento dos indicadores da outra cidade usados como comparação.

Quadro 7 – Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2020

Indicadores SISAB	Porto Alegre			Curitiba		
	1ºQ/2020	2ºQ/2020	3ºQ/2020	1ºQ/2020	2ºQ/2020	3ºQ/2020
pré-natal (6 consultas)	26%	23%	28%	58%	66%	77%
pré-natal (Sífilis e HIV)	36%	32%	32%	2%	2%	3%
Gestantes Saúde Bucal	11%	10%	17%	56%	47%	44%
Cobertura Citopatológico	13%	11%	13%	1%	1%	1%
Cobertura Polio e Penta	49%	62%	54%	34%	60%	46%
Hipertensão (PA aferida)	4%	4%	5%	0%	0%	0%
Diabetes (Hemoglobina glicada)	6%	6%	6%	49%	48%	57%

Fonte: Painel do SISAB

A sinalização semafórica encontra-se no quadro 2.

No quadro 8 a seguir os indicadores do ano de 2021 mostrando resultados uniformemente insuficientes, semelhantes ao ano de 2020 e em relação aos modelos de APS de 2018-2019 (direta e indireta estatal), com grande piora da cobertura vacinal (em vermelho), Curitiba manteve melhores índices em seus indicadores, sem grande evolução, contudo, em relação ao ano anterior.

Quadro 8 – Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2021

Indicadores SISAB	Porto Alegre			Curitiba		
	1ºQ/2021	2ºQ/2021	3ºQ/2021	1ºQ/2021	2ºQ/2021	3ºQ/2021
pré-natal (6 consultas)	31%	24%	33%	78%	51%	77%
pré-natal (Sífilis e HIV)	36%	27%	34%	3%	3%	42%
Gestantes Saúde Bucal	26%	31%	29%	46%	37%	56%
Cobertura Citopatológico	13%	13%	15%	1%	2%	7%
Cobertura Polio e Penta	34%	24%	20%	45%	45%	37%
Hipertensão (PA aferida)	6%	5%	9%	0%	0%	4%
Diabetes (Hemoglobina glicada)	5%	5%	8%	53%	37%	59%

Fonte: Painel do SISAB

A sinalização semafórica encontra-se no quadro 2.

Esse comportamento repete-se no ano de 2021 em ambas as cidades, como se pode verificar no quadro 8, tendo havido inclusive piora da cobertura vacinal em Porto Alegre, esse momento pode-se invocar o momento mais agudo da pandemia, entretanto, ao fazer o comparativo com Curitiba, a outra cidade sulina manteve certos patamares de suficiência e até de melhora, o que, portanto, leva a crer que o município de Curitiba, por maior continuidade e maturidade de seu modelo de APS tenha enfrentado melhor as agruras da pandemia.

Quadro 9 – Relatório por quadrimestre dos indicadores de qualidade extraídos do SISAB 2022

Indicadores SISAB	Porto Alegre				Curitiba			
	1ºQ/2022	2ºQ/2022	3ºQ/2022	1ºQ/2023	1ºQ/2022	2ºQ/2022	3ºQ/2022	1ºQ/2023
pré-natal (6 consultas)	42%	45%	41%	50%	58%	69%	54%	58%
pré-natal (Sífilis e HIV)	53%	64%	60%	71%	70%	94%	73%	78%
Gestantes Saúde Bucal	43%	57%	57%	64%	62%	74%	58%	61%
Cobertura Citopatológico	17%	20%	22%	24%	11%	15%	18%	22%
Cobertura Polio e Penta	78%	76%	76%	79%	83%	81%	66%	84%
Hipertensão (PA aferida)	14%	19%	23%	24%	14%	15%	17%	18%
Diabetes (Hemoglobina	9%	18%	25%	24%	29%	35%	36%	36%

Fonte: Painel do SISAB¹⁴⁶

A sinalização semafórica encontra-se no quadro 2.

¹⁴⁶ Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Acesso em 25 de maio de 2023.

No quadro 9, por fim, verifica-se a melhora dos resultados dos indicadores de qualidade da APS em Porto Alegre, com destaque para o 1º quadrimestre de 2023, em que, talvez, a associação do assentamento do modelo, o arrefecimento progressivo da pandemia e retorno à normalidade no mundo, contribuam. Curitiba continuou melhorando ainda mais (mais indicadores azuis no ano), destacando-se o seu indicador continuamente negativo relacionado à aferição de pressão arterial.

Findado período da contratação emergencial da APS, são encaminhados os trâmites para a contratualização com as OSC para a gestão da APS por mais 12 meses. O Parecer 05/2020 do SETEC, aprovado em Plenária Virtual do CMS em 6 de agosto de 2020, contrapõe-se ao encaminhamento de nova contratualização em termos semelhantes ao parecer 01/2020, informando não terem sido apresentados projetos referentes às equipes credenciadas, tampouco relatórios de monitoramento e avaliação sobre o cumprimento contratual dos termos de colaboração emergenciais para serviços na APS, repete excerto da 8ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre de 2019 sobre “(...)suspender as iniciativas de terceirização, contratualização das organizações sociais e parcerias público-privadas, que rompem com os princípios do SUS universal e público” no sentido de que, a participação da iniciativa privada no SUS seja complementar”, emite parecer rejeitando a continuidade da contratação pela SMS (CMS, 2020b).

Na tabela 11 a seguir estão os valores liberados a cada OSC no período emergencial de 30/12/2019 até 31/08/2020:

Tabela 11 – Valores totais liberados para cada OSC e a quantidade de US geridas

OSC	TC n.	PERÍODO	qtd de US	VALOR LIBERADO
IC-FUC	70.865	15/01/2020 A 31/8/2020	29	R\$ 10.169.299,88
HVN	70.866	30/12/2019 A 31/08/2020	22	R\$ 13.006.540,40
SANTA CASA	70.864	30/12/2019 A 31/08/2020	9	R\$ 4.339.076,85
SSDP	70.999	30/12/2019 A 31/08/2020	34	R\$ 18.951.375,99
TOTAL DE VALORES LIBERADOS				R\$ 46.466.293,12
Média mensal (8 meses)				R\$ 5.808.286,64

Fonte: SGP e Termos de colaboração

Para comparação, na tabela 12 listaram-se os valores pagos ao IMESF, de acordo com os anos disponibilizados no portal da transparência até a sua extinção, lembrando

que durante a prestação de serviços dessa fundação, em grande parte dos postos de saúde, houve o compartilhamento dos serviços e unidades de saúde com os servidores próprios da administração direta – sob regimes e registros de ponto diferentes – publicista e CLT, registro digital e folhas manuscritas anotadas pelo empregado.

Tabela 12 – Valores totais anuais e médias mensais ao IMESF

ANO	VALORES PAGOS IMESF – POR ANO	MÉDIA MENSAL
2015	R\$ 84.045.424	R\$ 7.003.785
2016	R\$ 90.165.664	R\$ 7.513.805
2017	R\$ 108.773.356	R\$ 9.064.446
2018	R\$ 111.631.626	R\$ 9.302.636
2019	R\$ 124.726.707	R\$ 10.393.892
2020	R\$ 77.489.600	R\$ 6.457.467

Fonte: portal da transparência do IMESF¹⁴⁷

Observa-se comparando as tabelas 11 e 12 que os valores das médias mensais desse período de 8 meses das OSC, em relação aos anos anteriores do IMESF, foram de valores menores, como informado nos anos de 2015 a 2020 houve compartilhamento dos equipamentos públicos entre estatutários da administração direta e empregados do IMESF da administração indireta.

A essa altura, lembra-se que já se viviam tempos de pandemia, em 11 de março de 2020 Tedros Adhanom¹⁴⁸, diretor geral da OMS, havia declarado a pandemia mundial pelo vírus da Covid-19, doença surgida pela primeira vez na China no final de 2019. A doença paralisou o mundo numa crise sem precedentes. No site da OMS o número de pessoas que se contaminaram no mundo pela Covid-19 foi 766.895.075¹⁴⁹, a contagem global de mortes atingiu 6.935.889. No Brasil contabilizaram-se 702.421 mortes e 37.553.337 casos confirmados (dados de 24 de maio de 2023)¹⁵⁰, no município de Porto

¹⁴⁷ Disponível em: <https://transparencia.portoalegre.rs.gov.br/despesas/repasse-transferencias>. Acesso em 25 de maio de 2023.

¹⁴⁸ Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em 20 de maio de 2023.

¹⁴⁹ Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 25 de maio de 2023.

¹⁵⁰ Nos Estados Unidos foram 1.127.152 mortos pela doença, com 103.436.829 contaminados; na Alemanha 38.423.300 contaminados e 174.032 mortes; na Inglaterra 24.611.066 contaminados e 225.852 mortes; na Índia, 44.987.339 casos e 531.843 mortes; na África do Sul, 4.072.533 casos e 102.595 mortes. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 25 de maio de 2023.

Alegre foram 6.662 óbitos, e 335.961 contaminados (taxa de 449.0/100 mil habitantes)¹⁵¹.

O Decreto n. 20.625 de 23 de junho de 2020 “decreta o estado de calamidade pública e consolida medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (Covid-19), no Município de Porto Alegre”, no art. 8º há proibição do funcionamento de estabelecimentos comerciais e prestação de serviços e industriais, no art. 11 vedavam-se aglomerações, mesmo em locais abertos ao público, que fosse observada distância mínima interpessoal de dois metros e medidas de proteção individual, no parágrafo único o indicativo de que o descumprimento a esse dispositivo constituía crime (PORTO ALEGRE, 2020).

Persistiu entre o gestor da pasta e o CMS a intransigência quanto à contratualização da APS, ainda assim prosseguiu-se com a celebração de novos termos de colaboração com as OSC, havendo a ampliação a mais algumas unidades de saúde e a troca de uma das organizações sociais.

Em 29 de setembro de 2020 foi publicado o Termo de Colaboração n. 73.265 com a OSC-HVN para a execução de atividades de atenção à saúde na Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, em mútua cooperação, para garantia da continuidade e ampliação dos serviços de saúde, assim como a manutenção de habilitações e adesão a novas habilitações de equipes perante o MS, no valor mensal de R\$ 4.112.616,84, por um prazo de doze meses, prorrogável por mais um ano, a contar de 01/09/2020.¹⁵²

No mesmo dia, em 29 de setembro de 2020 foi publicado o Termo de Colaboração n. 73.266 com a OSC-SSDP para executar atividades de atenção à saúde na APS de Porto Alegre, em mútua cooperação, para garantia da continuidade e ampliação dos serviços de saúde, assim como a manutenção de habilitações e adesão a novas habilitações de equipes perante o MS, no valor mensal de R\$ 5.649.477,15, por um prazo de doze meses, prorrogável por mais um ano, a contar de 01/09/2020.¹⁵³

Da mesma forma, a terceira parceria firmada no mesmo dia com o Termo de Colaboração n. 73.309 com a OSC-Santa Casa, no valor mensal de R\$ 6.813.167,54, a

¹⁵¹ Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>. Acesso em 25 de maio de 2023.

¹⁵² Extrato de Termo Aditivo - PROCESSO 20.0.000048150-6. Disponível no DOPA, divulgação 28/09/2020, publicação 29/09/2020.

¹⁵³ Extrato de Termo Aditivo - PROCESSO 20.0.000048150-6. Disponível no DOPA, divulgação 28/09/2020, publicação 29/09/2020.

contar de 01/09/2020; e, a quarta e última OSC-PUC teve o Termo de Colaboração n. 73.310 publicado 13 de outubro, no valor mensal de R\$ 214.643,90, por um prazo de doze meses, prorrogável por mais um ano, a contar da assinatura dos termos.¹⁵⁴

Com relação à OSC-HVN o I Termo Aditivo publicado em 15 de janeiro de 2021, prorrogou as tendas de coleta e atendimento da Covid-19, o valor anual do termo de colaboração era de R\$46.167.687,10. O II Termo Aditivo em 23 de março de 2021 objetivou que se passasse a contar com uma segunda conta bancária visando ampliar a finalidade do FRIM – Fundo de Reserva para Investimento e Manutenção, para necessidades não habituais, urgentes, vinculadas a situações de pandemia. O III Termo Aditivo de 18 de maio de 2021, prorrogou operação das tendas de coleta Covid-19 e efetuou ajustes de equipes assistenciais, com acréscimo de 1 farmacêutico com 30 horas numa das unidades, e modificações de valor mensal. O IV Termo Aditivo em 24 de agosto de 2021 sofreu alterações relacionadas ao uso do FRIM, com estipulação de faixas de valores e autorização prévia e o V Termo de 24 de setembro de 2021 faz a prorrogação da contratualização por mais 1 ano.¹⁵⁵

No segundo ano do Termo de Colaboração n. 73.265 com a OSC-HVN, o VI Termo Aditivo de 3 de fevereiro¹⁵⁶ atualizou o cronograma financeiro, fez alterações de cronograma de atividades, incluiu cláusula sobre o programa de integridade da Lei municipal n. 12.827/2021. O VII e VIII Termos Aditivos com a OSC-HVN atualizaram cronograma financeiro e fizeram acréscimo de equipes em 17 de junho de 2022 e 11 de julho, respectivamente.

A lei municipal sobre o programa de integridade impõe que seja feito pela instituição parceira: i) relatório de perfil da pessoa jurídica – descrição dos setores do mercado em que atua, estrutura organizacional, número de funcionários próprios e terceirizados, principais clientes da pessoa jurídica e o faturamento em contratos públicos

¹⁵⁴ Extrato de Termo Aditivo - PROCESSO 20.0.000048150-6. Disponível no DOPA, divulgação 28/09/2020, publicação 29/09/2020, a quarta OS teve o extrato divulgado em 9/10/2020 e publicado em 13/10/2020.

¹⁵⁵ Extratos de Termos Aditivos – no PROCESSO 20.0.000085333-0. Disponíveis no DOPA, Termo Aditivo I divulgação 14/01/2021, publicação 15/01/2021; Termo Aditivo II publicado em 23/03/2021; o Termo Aditivo III foi publicado em 18/05/2021; o IV Termo Aditivo foi publicado em 24 de agosto de 2021 e o V Termo Aditivo prorrogando por mais 1 ano a contratualização foi publicado em 21/09/2021.

¹⁵⁶ Extratos de Termos Aditivos – no PROCESSO 20.0.000085333-0. Disponíveis no DOPA, Termo Aditivo VI publicado 3/02/2022, VII e VIII em 17/06/2022 e 11/07/2022.

e privados; Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), participação em outras empresas e o porte empresarial (art. 33, §3º, I, alíneas “a” à “g”); e, o ii) relatório de conformidade (art. 35) (PORTO ALEGRE, 2021).

Quanto ao Termo de Colaboração n. 73.266 com a OSC-SSDP, foi publicado Termo Aditivo em 24 de março de 2021 para ampliar a finalidade do FRIM – Fundo de Reserva para Investimento e Manutenção, para necessidades não habituais, urgentes, vinculadas a situações de pandemia, em 27 de agosto termo aditivo prorrogou operação das tendas de coleta Covid-19 e efetuou ajustes de equipes assistenciais e quanto ao FRIM. Em 15 de outubro termo faz a prorrogação da contratualização por mais 1 ano.¹⁵⁷ No segundo ano do Termo de Colaboração n. 73.266 com a OSC-SSDP, novo termo foi publicado em 3 de fevereiro com atualização do cronograma financeiro e de atividades, incluiu cláusula sobre o programa de integridade da Lei municipal n. 12.827/2021. Em 14 de março de 2022 o VI termo aditivo atualizou cronograma financeiro e fez acréscimos relacionados às tendas de enfrentamento ao Covid-19; e em 7 de março de 2023 foram publicadas alterações referentes ao VII termo aditivo.¹⁵⁸

A OSC-Santa Casa de Termo de Colaboração n. 73.309 teve aditivos publicados em 23 de março de 2021, 7 de junho de 2021, 8 de setembro e 27 de outubro, em termos similares aos anteriormente descritos sobre atualização de cronogramas, equipes e ampliação do FRIM, o último prorrogando a parceria por mais 1 ano.¹⁵⁹ Novo aditivo em 5 de abril de 2022, a semelhança dos aditivos das outras OSC, incluiu cláusula sobre o programa de integridade da Lei municipal n. 12.827/2021, e em 15 de junho e 30 de agosto de 2022 fez atualizações do cronograma financeiro e de atividades, esse último conforme o VII termo.

Algumas das unidades de saúde transferidas à OSC-Santa Casa tiveram adiada a ordem de início por força de decisão judicial na ação ajuizada pelo Sindicato dos

¹⁵⁷ Extratos de Termos Aditivos – no PROCESSO 20.0.000086263-1. Disponíveis no DOPA, Termos Aditivos publicados em 24/03/2021; 27/08/2021 e 15/10/2021, não foi encontrado no DOPA a publicação do I Termo Aditivo, a data de março é do segundo termo.

¹⁵⁸ Novos extratos de Termos Aditivos do PROCESSO 20.0.000086263-1 da OS-SSDP disponíveis no DOPA: Termos Aditivos publicado 3/02/2022, 14/03/2022 e registra-se que o VII termo, que foi assinado pelo Secretário Municipal de Saúde em 7 de julho de 2022, somente foi publicado no DOPA em 7 de março de 2023.

¹⁵⁹ Extratos de Termos Aditivos da OS-Santa Casa – no PROCESSO 20.0.000087343-9. Disponíveis no DOPA, esses termos não estão ordenados, mas também não se encontrou a publicação daquele que corresponderia ao I termo.

Municipários de Porto Alegre, na qual foi concedida tutela de urgência, suspendendo a remoção ou transferência dos servidores públicos municipais lotados nessas unidades, por motivo de se tratar do período do pleito municipal de 2020, no qual o prefeito concorria à reeleição (RIO GRANDE DO SUL).

A quarta e última OSC dessa fase de foi a OSC-PUC de Termo de Colaboração n. 73.310, teve aditivos publicados em 23 de setembro de 2021, 27 de outubro de 2021, 3 de fevereiro de 2022, 21 de março de 2022, em termos similares aos anteriormente descritos, atualizaram cronogramas, equipes e foi feita a ampliação do FRIM, o último prorrogando a parceria por mais 1 ano.¹⁶⁰

Na tabela 13 estão os principais dados financeiros extraídos da plataforma SGP dos valores liberados e a composição de gastos desembolsados pelas OSC gestoras da APS referente a esse novo período de vigência. Em coluna específica os valores com pagamento de pessoal, agrupados os gastos com serviços de terceiros, consumo, permanentes e outros (na Tabela 14 são detalhados); período de apuração corresponde ao prazo de 01/09/2020 até o final da vigência em 31/08/2022. A OSC-PUC, como se pode ver, desembolsou maiores valores do que o recebido.

Tabela 13 – Resumos dos valores do Portal SGP liberados às parcerias que assumiram a gestão da APS de 01/09/2020 até 31/08/2022

OSC	Valores liberados	pgto pessoal	T+C+P+O**	desembolso total	remanescente***
PUC	R\$ 3.877.632,32	R\$ 3.226.960,13	R\$ 960.294,79	R\$ 4.187.254,92	-R\$ 309.622,60
SSDP	R\$ 139.153.566,53	R\$ 103.001.578,52	R\$ 31.707.831,85	R\$ 134.709.410,37	R\$ 4.444.156,16
HVN	R\$ 99.076.287,34	R\$ 60.369.950,75	R\$ 7.982.451,83	R\$ 68.352.402,58	R\$ 30.723.884,76
S. CASA	R\$ 147.338.115,73	R\$ 101.390.176,55	R\$ 8.271.901,15	R\$ 109.662.077,70	R\$ 37.676.038,03
total	R\$ 389.445.601,92	R\$ 267.988.665,95	R\$ 48.922.479,62	R\$ 316.911.145,57	R\$ 72.534.456,35

Fonte: Termos de Colaboração e Portal da Transparência das parcerias SGP

**Soma de valores gastos com serviços de terceiros (T), consumo (C), permanente (P) e outros (O);

***O remanescente é a subtração do desembolso total dos valores liberados.

Na tabela 14 arrolam-se os desembolsos com terceiros, consumo, permanente e outros que estavam agrupados na tabela anterior, verifica-se que todas as OS consumiram os maiores valores com a rubrica “outros”, lembra-se que não há acesso detalhado a esses gastos.

¹⁶⁰ Extratos de Termos Aditivos da OS-PUC – no PROCESSO 20.0.000088794-4. Disponíveis no DOPA, esses termos também não estão ordenados, novamente, pelas datas, não se encontrou a publicação daquele que corresponderia ao I termo.

Tabela 14 – Resumos dos valores a terceiros, consumo, permanente e outros do Portal SGP liberados às parcerias que assumiram a gestão da APS de 01/09/2020 até 31/08/2022

Desembolsos	PUC	VILA NOVA	SANTA CASA	SSDP
TERCEIROS	R\$ 332.443,28	R\$ 2.969.715,09	R\$ 1.803.492,95	R\$ 11.262.027,98
CONSUMO	R\$ 6.166,87	R\$ 1.405.334,97	R\$ 1.968.112,66	R\$ 391.194,25
PERMANENTE	R\$ 18.000,32	R\$ 356.079,37	R\$ 453.616,47	R\$ 347.674,42
OUTROS	R\$ 603.684,32	R\$ 3.251.322,40	R\$ 4.046.679,07	R\$ 19.706.935,20

Fonte: Portal da Transparência das parcerias SGP

Pode-se verificar em todos os períodos de vigência dos termos de colaboração que foram lançados no SGP e dos valores liberados às OSC, que há diversidade de desembolsos sem padronização ou discriminação das rubricas relacionadas a esses gastos pelas OSC, não há possibilidade de avaliação de vantajosidade por falta de parâmetros.

O fechamento com aprovação ou reprovação de contas não ocorreu para nenhum dos períodos ou OSC, nem o emergencial que perdurou 240 dias e já foi encerrado há quase 3 anos. Também não foram encontrados no site do SGP ou da prefeitura a disponibilização de relatórios de monitoramento e avaliação das OSC, há previsão no sítio do SGP para possível inserção desses relatórios de controle interno pelo gestor público, mas não foram encontrados, por não terem sido inseridos ou por não terem sido disponibilizados, assim não há como fazer análise quanto ao alcance dos resultados pactuados nos termos de colaboração.

Foi realizada análise temporal maior da US Cristal, de gestão transferida à OSC-SSDP, o mapeamento temporal visou capturar as mudanças do processo de desestatização em curso, a colheita dos dados foi a partir de 2013, período em que foi iniciada a lotação da autora nessa unidade, experiência e observação que se perfectibilizam a partir dos dados extraídos do CNES, em que inicialmente somente havia servidores estatutários, depois a concomitância de estatutários e empregados públicos do IMESF, a presença de bolsista do programa mais médicos, até por fim os profissionais celetistas contratados pelas organizações sociais.

Por meio dos vínculos empregatícios dos profissionais ao longo do tempo no SCNES da US Cristal pode-se observar os eventos atinentes ao processo, de forma progressiva e gradual, do afastamento do Poder Público da prestação das ações e serviços

de saúde na APS que, nos conceitos discutidos previamente, pode ser denominada a privatização no seu sentido mais amplo, e numa acepção mais precisa de processo de desestatização, deixando de realizar a prestação direta dos serviços de saúde, como se passa a demonstrar.

Como dito, extraíram-se dados desde o ano de 2013 da US Cristal, no sítio do cnes.datasus.gov.br buscaram-se os dados de identificação do estabelecimento pelo CNES 2237318, na ficha completa, dentre os módulos à esquerda, acessou-se a aba “Profissionais” que possui alimentação de dados dos profissionais cadastrados na unidade desde julho de 2007, no canto superior direito da página na “Competência”, navega-se mês a mês de acordo com o ano desejado, acessando-se o rol dos profissionais de acordo com o mês e ano selecionado, cada profissional tem seu número CNS, e o CBO fornece a categoria profissional, há a vinculação, que pode ser empregatícia, de tipo emprego público ou estatutário, bolsa de tipo bolsista subsidiado por outra entidade e, a partir da contratualização em janeiro de 2020, a vinculação intermediado de tipo celetista passou a preponderar, tornando-se praticamente o único vínculo em todas as unidades contratualizadas.

Na tabela 15 observa-se o ponto de corte, no caso da US Cristal, em que passou de 100% de servidores públicos de regime jurídico publicista da Administração Direta em 2013 para, em 2014, e a partir de então paulatinamente, aumentarem os profissionais da Administração Indireta, os empregados públicos do IMESF, nessa unidade que tinha cerca de 280 horas semanais de profissionais médicos, não houve quantitativo significativo de médicos bolsistas do Programa Mais Médicos (por alguns meses no ano de 2015, somente).

A partir de 2017 o quantitativo percentual dos profissionais da administração indireta do IMESF superou o de estatutários e, por fim, com o termo de colaboração celebrado com a OSC SSDP no final de 2019, a partir do ano de 2020 a vinculação predominante passou a ser na US Cristal a “intermediada” pela OSC-SSDP, sob o regime celetista, quando esse equipamento público foi transferido para o gerenciamento da prestação de serviços de APS.

Assim, toda a estrutura física que anteriormente tinha a gestão direta do município, tendo tido período de participação de administração indireta pelo IMESF

concomitantemente à direta, como já informado, com o convívio dos servidores do órgão direto e empregados públicos da entidade indireta, passou a ter a administração pelo modelo de parceria, nos termos estudados em capítulo anterior, uma descentralização por colaboração.

No CNES da US Cristal, a partir de 2021 e 2022 há um servidor público de função administrativa com carga horária de 1 hora semanal no CNES, e 1 ACS estatutário cedido à unidade, os outros ACS da unidade são empregados públicos, profissão constitucionalizada, alguns dos ACS do IMESF, após período fora do CNES, retornaram, provavelmente pela via judicial. Na US Cristal, bem como noutras unidades pesquisadas, observou-se redução do número de ACS e ACE que tinha quantitativo maior quando a vinculação dessa categoria era pelo IMESF.

A seguir a tabela 15, com as faixas de cor demonstrando a mudança gradativa da vinculação estatutária da administração direta, à indireta e, por fim, ao modelo gerencial de parcerias de regime celetista.

Tabela 15 – Vinculação dos profissionais na UBS Cristal de 2013-2022

ANO	VINCULAÇÃO DOS PROFISSIONAIS		
	Estatutário - Administração Direta	Empregado público - Administração. Indireta	Intermediado - Celetista contratado pela OS
2013	100%	0%	0%
2014	88%	12%	0%
2015	71%	29%	0%
2016	52%	48%	0%
2017	48%	52%	0%
2018	37%	63%	0%
2019	43%	57%	0%
2020	14%	25%	61%
2021	2%	15%	83%
2022	4%	11%	85%

Fonte: a partir da coleta de dados do SCNES – elaboração própria

Na tabela 16 o levantamento de quantitativo de profissionais, a média ao longo do período entre 2013 e 2022, bem como o quantitativo desses profissionais que saiu e o percentual das pessoas que permaneceu pelo menos 1 ano na US, observa-se maior saída de profissionais e rotatividade em 2015, e pico maior e continuado em 2020, 2021 e 2022, período em que houve a contratualização.

Nas tabelas 17 e 18 os quantitativos de eSF e eAB tradicionais em que se faz a equivalência com as ESF de acordo com cargas horárias, e adesão ao PMAQ, bem como a cobertura percentual AB e ESF na cidade de Porto Alegre de dezembro de 2008 a dezembro de 2020, e a cobertura no Brasil como um todo, respectivamente.

Tabela 16 – Quantitativo de profissionais de 2013 a 2022 na US Cristal

ANO	quantitativo ao longo do ano	média mensal	saíram da UBS no ano	% permaneceu por 12 meses
2013	27	22,92	4	67%
2014	26	22,08	2	81%
2015	31	22,92	10	45%
2016	27	22,5	2	70%
2017	29	23,58	7	69%
2018	27	22,33	5	70%
2019	23	20,58	2	83%
2020	69	32,75	30	20%
2021	48	34,58	13	44%
2022	52	32,16	16	40%

Fonte: a partir de dados extraídos do SCNES 2237318, elaboração própria

A seguir a tabela 17 com os dados de cobertura AB e ESF de 2008 a 2020 do município de Porto Alegre:

Tabela 17– Quantitativo de equipes de SF vinculadas a uma ESF e cobertura na cidade de **Porto Alegre** de dezembro de 2008 a dezembro de 2020

ANO	população	QTD EQUIPES	AB Tradic	PMAQ	COBERTURA AB	% COBERT AB	COBERTURA ESF	% COBERT ESF
dez/08	1.420.667	95	140	0	749.160	52,73%	327.750	23,07%
dez/09	1.430.220	95	141	0	749.760	52,42%	327.750	22,92%
dez/10	1.436.123	95	147	0	768.900	53,54%	327.750	22,82%
dez/11	1.409.351	99	153	0	800.460	56,80%	341.550	24,23%
dez/12	1.413.094	130	119	0	806.250	57,06%	448.500	31,74%
dez/13	1.416.717	128	161	0	923.850	65,21%	441.600	31,17%
dez/14	1.467.816	181	125	0	1.000.500	68,16%	624.450	42,54%
dez/15	1.472.482	178	33	76	940.410	63,87%	612.720	41,61%
dez/16	1.476.867	194	59	45	981.990	66,49%	668.610	45,27%
dez/17	1.481.019	203	68	41	1.028.048	69,41%	700.868	47,32%
dez/18	1.484.941	233	44	20	994.515	66,97%	802.815	54,06%
dez/19	1.479.101	229	83	0	1.036.320	70,06%	788.670	53,32%
dez/20	1.483.771	208	24	80	1.029.990	69,42%	718.290	48,41%

Fonte: a partir dos dados oficiais do SISAPS, extração de dados e elaboração própria¹⁶¹

Quantitativo de equipes de Saúde da Família vinculadas a uma ESF: qtt de equipes na AB Tradicional (ESF equivalentes - equipes com ch de cirurgião dentista a partir de 40h); qtt de equipes em função da adesão ao PMAQ

¹⁶¹ Painéis de indicadores da APS. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em 12 de maio de 2023.

Em 2008 em Porto Alegre havia 95 equipes com a cobertura de Atenção Básica de 52,73% e ESF de 23,07%, em 2020 eram 208 equipes com a cobertura AB de 69,42% e a cobertura ESF 48,41%, para uma população que cresceu de 2008 a 2020 cerca de 4%, a cobertura AB foi ampliada em 27% e a cobertura ESF foi ampliada em 54%.

Considerando-se o Brasil os percentuais de cobertura (tabela 18), melhores que os do município de Porto Alegre isoladamente, atingiram em 2020 a cobertura AB de 76,08% e ESF de 63,62%, um crescimento populacional de 2008 a 2020 de 12% e de 26% da cobertura AB e de 30% na cobertura ESF. A seguir a tabela 18 com os dados de cobertura AB e ESF de 2008 a 2020 do Brasil:

Tabela 18 – Quantitativo de equipes de SF vinculadas a uma ESF e cobertura no **Brasil** de dezembro de 2008 a dezembro de 2020

ANO	pop brasileira	QTD EQU	AB Tradic	PMAQ	COB AB	% COB AB	COB ESF	% COB ESF	MUNICÍP
dez/08	183.917.370	29.769	8.974	0	118.301.732	64,32%	93.786.501	50,99%	5.564
dez/09	189.612.814	30.898	9.388	0	123.209.566	64,97%	97.518.432	51,43%	5.565
dez/10	191.506.729	32.243	9.079	0	126.788.410	66,20%	101.535.110	53,01%	5.565
dez/11	190.755.799	33.135	8.478	77	128.022.652	67,11%	104.217.136	54,63%	5.565
dez/12	192.376.496	33.899	8.897	68	131.470.455	68,34%	106.797.914	55,51%	5.565
dez/13	193.979.108	35.567	9.132	262	136.927.377	70,58%	111.455.312	57,45%	5.566
dez/14	201.062.789	39.426	8.960	314	146.998.730	73,11%	122.796.531	61,07%	5.570
dez/15	202.799.518	40.765	8.051	513	149.392.379	73,66%	126.755.450	62,50%	5.570
dez/16	204.482.459	41.061	8.572	404	151.603.979	74,14%	128.061.894	62,62%	5.570
dez/17	206.114.067	42.513	8.154	355	153.814.323	74,62%	131.741.349	63,91%	5.570
dez/18	207.660.929	43.016	7.849	376	154.876.298	74,58%	133.316.067	64,19%	5.570
dez/19	208.494.900	43.755	8.123	208	155.875.540	74,76%	134.427.430	64,47%	5.570
dez/20	210.147.125	43.286	8.639	2.180	159.900.453	76,08%	133.710.730	63,62%	5.570

Fonte: a partir dos dados oficiais do SISAPS, extração de dados e elaboração própria¹⁶²

Quantitativo de equipes de Saúde da Família vinculadas a uma ESF: qtt de equipes na AB Tradicional (ESF equivalentes - equipes com ch de cirurgião dentista a partir de 40h); qtt de equipes em função da adesão ao PMAQ

Na tabela 19 a seguir a cobertura da APS no município de Porto Alegre em 2021 e 2022:

¹⁶² Painéis de indicadores da APS. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em 12 de maio de 2023.

Tabela 19 – Cobertura percentual da APS em Porto Alegre e no Brasil em nov/2021 e nov/2022

No município de Porto Alegre				
ANO	população	EQUIPES SF	EQUIPES AP	% COBERT APS
nov/21	1.483.771	246	46	55,93%
nov/22	1.492.530	285	46	65,53%
No Brasil				
ANO	pop brasileira	EQUIPES SF	EQUIPES AP	% COBERT APS
nov/21	210.147.125	47.278	3.835	69,69%
nov/22	213.317.639	48.601	3.757	74,62%

Fonte: a partir dos dados oficiais do SISAPS, extração de dados e elaboração própria

Nos quadros 10 e 11 a seguir, nova forma gráfica da demonstração do alcance dos indicadores, no quadro 10 o desempenho dos indicadores de APS em todo o Brasil e no quadro 11 no município de Porto Alegre.

Quadro 10 - Indicadores pagamento por desempenho/ considerado somente eSF e eAP válidos para o componente do desempenho – Indicadores considerando todo Brasil

n.	indicadores de desempenho	INDICADORES DO BRASIL							
		2ºQ/2020	3º Q/ 2020	1ºQ/2021	2ºQ/2021	3º Q/2021	1º Q/2022	2ºQ/2022	3ºQ/2022
1	proporção de gestantes com 6 consultas PN realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana gest.	29%	33%	39%	41%	50%	40%	42%	44%
2	proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	34%	37%	46%	50%	56%	58%	63%	62%
3	proporção de gestantes com atend odontológico realizado	19%	19%	26%	35%	42%	45%	51%	53%
4	cobertura de exame citopatológico	14%	14%	14%	14%	15%	17%	19%	21%
5	cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	71%	72%	50%	39%	30%	65%	67%	68%
6	percentual de hipertensos com PA aferida em cada semestre	3%	4%	6%	8%	11%	18%	24%	26%
7	percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	8%	10%	13%	18%	23%	13%	19%	22%

Fonte: a partir dos dados oficiais do SISAPS, extração de dados e elaboração própria
 Legenda (no Quadro 2 há a sinalização semafórica):

No quadro 11 os indicadores do município de Porto Alegre no período do 2º quadrimestre de 2020 até o 3º quadrimestre de 2022, já apresentados anteriormente e em comparativo com a cidade de Curitiba em maior temporalidade:

Quadro 11 - Indicadores pagamento por desempenho/ considerado somente eSF e eAP válidos para o componente do desempenho – Indicadores no município de Porto Alegre

n.	indicadores de desempenho	INDICADORES PORTO ALEGRE							
		2ºQ/2020	3ºQ/2020	1ºQ/2021	2ºQ/2021	3º Q/2021	1ºQ/2022	2ºQ/2022	3ºQ/2022
1	proporção de gestantes com 6 consultas PN realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana gest.	27%	27%	30%	23%	28%	41%	45%	41%
2	proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	35%	31%	35%	26%	29%	51%	63%	60%
3	proporção de gestantes com atend odontológico realizado	11%	16%	24%	28%	25%	42%	57%	57%
4	cobertura de exame citopatológico	12%	12%	13%	12%	13%	17%	20%	22%
5	cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente	62%	54%	34%	24%	20%	78%	76%	76%
6	percentual de hipertensos com PA aferida em cada semestre	4%	5%	6%	5%	8%	14%	19%	24%
7	percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	6%	6%	5%	5%	8%	9%	19%	25%

Fonte: a partir dos dados oficiais do SISAPS, extração de dados e elaboração própria

A SETEC-CMS emitiu no Parecer Técnico n. 03/2022 sua análise sobre o V Termo Aditivo aos termos de colaboração com as entidades HVN, SSDP e Santa Casa que gerenciam a APS, criticando vínculo orçamentário diferente utilizado no cronograma financeiro, que implica retirada de recursos de outras políticas de saúde, e por não terem apresentado para análise do CMS, listou problemas sobre acréscimo de recursos humanos, falta de análise econômica para testes Covid-19 na rede própria, seus tipos e quantitativos, inadequações da prestação de contas e de que, com relação às tendas Covid-19. Esse parecer e apontamentos foram encaminhados ao TCE para anexar ao procedimento em andamento vinculado ao II termo, tendo sido rejeitado, portanto, a análise do V termo (CMS, 2022a).

No mesmo sentido, o Parecer n. 05/2022 que analisou os termos aditivos VI ao VIII ao termo de colaboração com as quatro OSC – HVN, SSDP, PUC e Santa Casa – para gerenciamento da APS, entendem que persistem irregularidades na contratualização, que há fragilidade jurídico-legal quanto às tendas Covid-19 de forma retroativa de 5/10/2020 até 5/08/2022, que os apontamentos estão sob análise no TCE, e rejeita esses termos aditivos (CMS, 2022b).

Na tabela 19 seguem os valores liberados no período de vigência de 24 meses dos termos de colaboração das OSC, bem como a média mensal, considerando o dispensado a todas as parcerias, destaca-se que o número de unidades corresponde ao que foi descrito no termo de colaboração originário, houve ampliação de unidades ao longo dos termos aditivos, mas não houve clareza na identificação dos objetos e se manteve o quantitativo

do termo de origem, repara-se que esses valores correspondem a quase três vezes os valores de médias mensais do que os dos primeiros 8 meses de contratação emergencial, nesse período houve muitos termos aditivos com aumento de valores para ampliação de equipes e pagamento de tendas e exames Covid-19, período de abrangência de fase crítica da pandemia.

Tabela 20 – Valores totais liberados para cada OSC e a quantidade de US geridas

OSC	TC	PERÍODO	qtd de US	VALOR LIBERADO
PUC	73.310	01/09/2020 A 31/08/2022	1	R\$ 3.877.632,32
HVN	73.265	01/09/2020 A 31/08/2022	24	R\$ 99.076.287,34
SANTA CASA	73.309	01/09/2020 A 31/08/2022	43	R\$ 147.338.115,73
SSDP	73.266	01/09/2020 A 31/08/2022	35	R\$ 139.153.566,53
TOTAL DE VALORES LIBERADOS				R\$ 389.445.601,92
Média mensal (24 meses)				R\$ 16.226.900,08

Fonte: SGP e termos de colaboração

Muito próximo de se escoarem os 2 anos do final da vigência dos Termos de Colaboração para gerenciamento da APS pelas OSC, prazo final era 30 de agosto de 2022, foi publicada em 22 de março portaria com a nomeação de servidores da SMS para comporem a Comissão de Seleção de Chamamento Público/Credenciamento 002/2022 para a função de elaboração, análise e julgamento de prestadores de serviços de saúde para realização de novas parcerias para gerir a APS em Porto Alegre.¹⁶³

Somente em 1 de junho de 2022 foi publicado o Edital de Chamamento Público 002/2022 “para Seleção de Organização da Sociedade Civil para Gerenciamento, Administração, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Porto Alegre” conforme atos normativos que regulam o SUS e a Lei Federal n. 13.019/14, o Decreto Municipal n. 19.775/17 e demais legislações aplicáveis.¹⁶⁴

Aqui retoma-se o dispositivo da Lei n. 13.019/2014, art. 30, que no seu inciso I fundamentou a contratualização da APS emergencialmente, por dispensa de realização do chamamento público em caso de urgência decorrente de paralisação ou iminência de

¹⁶³ Publicação da Portaria 17841446 de 21/03/2022 - Processo 21.0.000130423-0. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁶⁴ Publicação 01/06/2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

paralisação de atividades de relevante interesse público por até 180 dias. No mesmo artigo, no seu inciso VI, ocorre o permissivo da dispensa de chamamento “no caso de atividades voltadas ou vinculadas a serviços de educação, saúde e assistência social, desde que executadas por organizações da sociedade civil previamente credenciadas pelo órgão gestor da respectiva política”, o que, da mesma forma, chancelou os 24 meses de parceria com as OSC.

O dispositivo legal descrito do MROSC, portanto, dá a faculdade ao Poder Público de dispensar o chamamento público na tipificação de um dos incisos do art. 30, esse rol é taxativo, e o espelhamento em um dos incisos normativos deve ser comprovado e fundamentado pelo gestor público mediante procedimento administrativo, ainda que haja a discricionariedade mencionada, sobre realizar ou dispensar chamamento público (SANTANA, ARAÚJO, *et al.*, 2021, p. 66).

Vencidas as etapas emergenciais relacionadas ao risco de descontinuidade dos serviços após a extinção do IMESF, arrefecida a turbulência da pandemia de Covid-19, com a retomada à normalidade pós-pandemia, e para a continuidade da contratualização com as OSC sob bases legais mais sólidas, ocorreram os trâmites para nova celebração de termo de colaboração sob o fundamento do MROSC e mediante Chamamento Público.

Além disso, como já debatido, o manejo de bens e recursos públicos mesmo por entidades privadas deve, como regra, ocorrer mediante princípios cinzelados no art. 37 da CRFB/1988, no sentido da condução pública, objetiva e impessoal, dirimindo qualquer interpretação que possa restringir o controle pelo Ministério Público, Tribunal de Contas ou social.

Não havendo que se falar, contudo, em regime jurídico publicista e licitação uma vez que o diploma normativo é próprio do modelo gerencial de parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos, nada obstante, ainda que haja justificativas à citada discricionariedade do gestor quanto à dispensa de chamamento *in casu*, o MROSC prevê o instituto do chamamento público, no art. 18 da lei, a etapa que antecede o procedimento, a “Manifestação de Interesse”, à conveniência e oportunidade do gestor para, propiciando transparência, adotar procedimentos claros, objetivos e simplificados para orientação aos interessados (art. 23) todos que queiram participar, e antes da celebração de termo de

colaboração o chamamento público volta-se a fazer a melhor seleção das OSC a fim de tornar mais eficaz a execução do contrato de gestão (art. 24).

Em 4 de julho de 2022 foi publicada a suspensão do Edital de Chamamento Público 002/2022 tendo sido justificado que havia “necessidade de realização de alterações no Edital, para fins de acréscimo de Equipes de Saúde e adequações correlatas, a serem oportunamente divulgadas.”¹⁶⁵

Em 11 de julho publicada a revogação da suspensão do Edital de Chamamento Público 002/2022, sendo assim retomado o certame para selecionar OSC “para Gerenciamento, Administração, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Porto Alegre” uma vez que há necessidade de celebração das novas parcerias em prazo hábil para que seja evitado o risco da descontinuidade da prestação dos serviços de saúde. Em 21 de julho de 2022 foram feitas várias retificações relacionadas à minuta do Termo de Colaboração.¹⁶⁶

Nova publicação de suspensão do Edital de Chamamento Público 002/2022 foi feita em 22 de julho de 2022 e justificado como sendo “em virtude da necessidade de retificação na precificação e de realização de ajustes/alterações para fins de acréscimo de Equipes de Saúde e adequações correlatas, a serem oportunamente divulgadas.” Nova revogação da suspensão e retomada dos procedimentos em 23 de agosto de 2022 devido à necessidade de alterações no Edital, acrescer Equipes de Saúde, retificar precificações, dentre outros ajustes, permanecendo em pleno vigor o que não tivesse sido retificado. Mais retificações publicadas em 5 setembro e em 16 de setembro de 2022.¹⁶⁷

Ressalta-se que a esse tempo era premente a finalização da vigência dos Termos de Colaboração das OSC que gerenciavam a APS, dessa forma, em meio à abundância de retificações, revogações e suspensões das revogações, tendo em vista que a referida vigência se encerraria no dia 31 de agosto de 2022 sem que houvesse possibilidade de prorrogação, que o Edital de Chamamento Público estava suspenso para adequações, foi publicada em 24 de agosto de 2022 o Extrato de Justificativa para dispensa de

¹⁶⁵ Publicação 04/07/2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁶⁶ Publicações nos dias 11/07/2022 e 21/07/2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁶⁷ Publicações em 22/07/2022, 23/08/2022, 05/09/2022 e 16/09/2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

chamamento público, de acordo com art. 30 e 31 da Lei n. 13.019/2014 dada a necessidade da continuidade dos serviços de saúde, para a celebração do Termo de Colaboração com as OS Santa Casa, HVN e SSDP.¹⁶⁸

Novos Termos de Colaboração de caráter emergencial para gerenciamento da APS foram então celebrados, o Termo de Colaboração n. 79.502/2022 com a SSDP, no valor mensal de R\$ 5.649.477,15; Termo de Colaboração n. 79.504/2022 com a HVN, no valor mensal de R\$ 4.112.616,84, com prazos de vigência de 5 de setembro a 3 de dezembro de 2022, publicados no DOPA em 9 de setembro de 2022. Somente em 27 de outubro de 2022, mais de um mês depois das duas entidades que também assinaram novos termos emergenciais, é que foi publicado o Termo de Colaboração n. 79.686/2022 com a Santa Casa, no valor de R\$ 24.741.809,14, o período de execução de 1º de setembro a 30 de novembro de 2022, ou seja, houve diferimento da publicação do extrato deste termo, período de vigência diferente (mais curto, mesmo com publicação posterior) e valor superior ao das formalização com as outras duas entidades, tendo em vista que assumiu a gestão de maior número de US, infere-se que, embora não escrito nesse extrato e de forma diversa aos extratos com as outras OSC, o valor correspondia ao período total, e não por mês como nos outros termos citados, e que esse prazo final possa estar equivocado.¹⁶⁹¹⁷⁰

Conforme portal do SGP, na tabela 21 estão os valores liberados e a quantidade de US geridas por OSC no período abrangido de 01/09/2022 até 27/02/2023, bem como a média mensal disponibilizada, que foi menor do que a média mensal do período anterior de 24 meses que abarcou a pandemia.

¹⁶⁸ Extrato de Justificativa de Dispensa de Chamamento Público – processo 22.0.000101901-9, publicação em 24 de agosto de 2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁶⁹ Extratos de Termos de Colaboração: n. 79.504 e n. 79.502 publicados em 9 de setembro de 2022, e n. 79.686 publicado em 27 de outubro de 2022 – processo 22.0.000101901-9. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁷⁰ Na plataforma SGP o TC com a Santa Casa n.79.686/2022 tem as datas 01/09/2022 até final 27/02/2023, e valor total liberado nesse período foi de R\$ 22.368.101,50; O TC n. 79.502/2022 com SSDP teve R\$ 37.630.984,96 de 01/09/2022 a 27/02/2023 (o previsto seria R\$ 20.880.262,20); e, o TC n. 79.504/2022 com HVN foram liberados R\$ 4.725.412,18 no período de 01/09/2022 a 27/02/2023 (o previsto eram R\$ 16.036.380,10).

Tabela 21 – Valores totais liberados para cada OSC e a quantidade de US geridas 01/09/2022 a 27/02/2023

OSC	TC	PERÍODO	qtd de US	VALOR LIBERADO
HVN	79.504	01/09/2022 A 27/02/2023	29	R\$ 4.724.412,18
SANTA CASA	79.686	01/09/2022 A 27/02/2023	51	R\$ 22.318.101,52
SSDP	79.502	01/09/2022 A 27/02/2023	39	R\$ 37.630.984,96
TOTAL DE VALORES LIBERADOS				R\$ 64.673.498,66
Média mensal (6 meses)				R\$ 10.778.916,44

Fonte: SGP e termos de colaboração

Em 27 de setembro de 2022 foi publicada a relação das OSC participantes do certame, conforme segue: **a) Lote 01 - Coordenadoria Saúde Oeste:** 1 - Instituto Maria Schmitt de Desenvolvimento de Ensino; Assistência Social e Saúde do Cidadão; 2 - Sociedade Sulina Divina Providência; **b) Lote 02 - Coordenadoria Saúde Norte:** 1 - Instituto de Apoio à Gestão Pública); 2 - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; 3 - Instituto Brasileiro de Saúde Ensino Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano; **c) Lote 03 - Coordenadoria Saúde Sul:** 1 - Instituto de Apoio à Gestão Pública; 2 - Associação Hospitalar Vila Nova, 3 - Instituto Maria Schmitt de Desenvolvimento de Ensino, Assistência Social e Saúde do Cidadão; **d) Lote 04 - Coordenadoria Saúde Leste:** 1 - Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; 2 - Sociedade Sulina Divina Providência; 3 - Instituto Brasileiro de Saúde Ensino Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano; 4 - Associação Hospitalar Vila Nova.¹⁷¹

Foi publicado no DOPA em 13 de outubro o resultado do julgamento pela Comissão de Seleção dos **inabilitados** e dos **classificados** em primeiro lugar (e segundo lugar) de acordo com os lotes por região, divulgadas as pontuações de acordo com a avaliação financeira e técnica, bem como a documentação de habilitação por lote, assim, mesmo que a pontuação tenha sido maior no quesito financeiro e técnico, algumas entidades foram consideradas inabilitadas devido à documentação.

Houve **inabilitados** nos lotes 2, 3 e 4; no lote 2 da Coordenadoria Norte foram o Instituto de Apoio à Gestão Pública e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; no lote 3 da Coordenadoria Sul foram **inabilitados** o Instituto de Apoio à Gestão

¹⁷¹ Publicação 27/09/2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

Pública e Associação Hospitalar Vila Nova; no lote 4 da Coordenadoria Leste os **inabilitados** foram a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e a Associação Hospitalar Vila Nova.¹⁷²

Os **classificados** foram no **lote 1 da Coordenadoria de Saúde Oeste**: Sociedade Sulina Divina Providência em primeiro lugar e Instituto Maria Schmitt de Desenvolvimento de Ensino, Assistência Social e Saúde do Cidadão; para o **lote 2 da Coordenadoria de Saúde Norte** foi o Instituto Brasileiro de Saúde Ensino Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano; **para o lote 3 da Coordenadoria de Saúde Sul** foi Instituto Maria Schmitt de Desenvolvimento de Ensino, Assistência Social e Saúde do Cidadão; e, para a **Coordenadoria 4 de Saúde Leste** foi o Instituto Brasileiro de Saúde Ensino Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano em primeiro lugar e a Sociedade Sulina Divina Providência em segundo lugar.

No resultado desse Chamamento Público as entidades que ainda estavam gerenciando a APS e que, como descrito, depois de findados os 24 meses de vigência ainda permaneceram mais uns meses contratualizadas por dispensa de chamamento, desclassificadas por **inabilitação documental** foram: a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e a Associação Hospitalar Vila Nova.

No dia 11 de novembro foi publicado Extrato de Aviso de Eficácia Suspensiva aos Recursos do Edital de Chamamento Público 002/2022 com a justificativa de que: “em virtude da complexidade dos Recursos interpostos, necessitando diligências através da busca de Pareceres Técnicos/Jurídicos para subsidiar e embasar o julgamento dos Recursos do Edital em pauta”.¹⁷³

Em 9 de dezembro é publicada no DOPA Decisão Administrativa do secretário municipal de saúde¹⁷⁴ revogando o certame do Chamamento Público 002/2022 desde a designação da comissão de Julgamento, nos seguintes termos

(...) referente ao Edital de Chamamento Público nº 002/2022, **resolve REVOGAR os Atos Administrativos do Certame a partir da designação**

¹⁷² Publicação da Classificação das OSC no Chamamento 002/2022 para gerenciamento da APS em 13/10/2022. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁷³ Extrato Aviso de Eficácia Suspensiva aos Recursos do Edital de Chamamento Público 002/2022 publicado em 11 de novembro de 2022 - Processo 21.0.000130423-0. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁷⁴ O secretário municipal de saúde era o médico Mauro Fett Sparta de Souza.

da Comissão de Julgamento - SEI 17588208, sendo preservados os atos anteriores, também determina que se corrija tudo quanto necessário, inclusive quanto à inadequada utilização da Ordem de Serviço nº 003/2021¹⁷⁵, como fonte legal para averiguação de capacidade econômico-financeira dos competidores no caso concreto, por não ser totalmente apropriada ao objeto e meio legal balizador do certame. Tendo como objetivo, exclusivo, sanear o processo administrativo do Edital de Chamamento Público 002/2022, para seleção de entidades do tipo OSCs, para parceria em 132 unidades de Saúde da Atenção Primária (...). (PORTO ALEGRE, 2022)¹⁷⁶

Na Resolução n. 01/2023 do CMS em reunião Plenária realizada em 5 de janeiro de 2023, o conselho alegou que as contratações de entidades privadas para execução de atividades na APS “sob dispensa de licitação, com prorrogação das contratualizações irregulares” por oito termos aditivos consecutivos aos termos de colaboração com as OSC desrespeitaram as deliberações de reprovação do CMS, além disso, entendem que não houve vantagem para o Poder Público uma vez que o custo das 3 entidades em dezembro de 2022 foi de R\$ 18.734.001,43, o que teria dobrado os custos em relação aos valores despendidos com o IMESF, que tinha média mensal em torno de 8 milhões no ano de 2019 (CMS, 2023, p. 3).

A Resolução n. 01/2023 também critica o aumento significativo dos custos com a atenção primária tendo por base o parecer da COFIN sobre a LOA 2023 e a constatação de que não teria havido aumento significativo de cobertura de saúde da família diante do aumento dos gastos com a contratualização, que, de acordo com a série histórica, teria

¹⁷⁵ A Ordem de Serviço n. 003 de 21 de maio de 2021 dispõe sobre indicadores da situação econômico-financeira das empresas licitantes da Adm. Direta e Indireta com base na Lei n. 8.666/1993, a ser revogada pela Lei n. 14.133/2021 dos contratos administrativos. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/ordem-de-servico/2021/1/3/ordem-de-servico-n-3-2021-dispoe-sobre-os-indicadores-da-situacao-economico-financeira-das-empresas-licitantes-da-administracao-direta-e-indireta>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁷⁶ Notícia sobre a suspensão da concorrência para escolha de OSC para assumir gestão de unidades de saúde da APS no município de Porto Alegre relata que já haviam sido definidas três entidades e, por erro no edital, haviam ficado de fora da disputa outras instituições com potencial para prestação de serviços. A reportagem cita o fato de uma das organizações vencedora de dois lotes – o IB-Saúde – havia sido alvo de operação da Polícia Federal por fraudes em contratos no setor da saúde no dia anterior à notícia da suspensão do certame. À reportagem o IB-Saúde informou desconhecer irregularidades apontadas pela PF. Em nota a SMS comentou sobre a revogação do chamamento: “(...)A decisão tem o objetivo de adequar juridicamente o processo, considerando que a utilização da Ordem de Serviço n. 03 no julgamento acabou por limitar a participação de organizações não governamentais sem fins lucrativos. A secretaria está trabalhando na retomada da licitação, com os ajustes técnicos e jurídicos necessários, a partir da fase de definição de nova comissão julgadora. O atendimento nas unidades de saúde contratualizadas permanece sem alteração, com a prorrogação dos contratos até março de 2023. MATOS, Eduardo. Prefeitura de Porto Alegre suspende disputa para administração de postos de saúde. **Gaúchazh.clicrbs** online. Porto Alegre, 8 de dez. de 2022. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2022/>. Acesso em 29 de maio de 2023.

aumentado de 54,1% em 2018 para somente 55,74% em 2022. Além disso criticam o fato de somente 3,70% das unidades de saúde terem permanecido próprios, sob administração direta, que seria desrespeito à previsão legal sobre complementaridade (CMS, 2023, p. 3).

O CMS também considera que esse processo de desestatização da execução de políticas públicas da contratualização da APS, além de contrariar pressupostos e princípios do SUS sobre o dever do Estado em garantir a saúde, é estratégia que promove o aumento de repasses financeiros para o setor privado ocasionando o processo de “empresariamento da Saúde”. O grande percentual de transferência de unidades de saúde ao modelo de parcerias causa dependência da rede às entidades, provoca a alta rotatividade dos trabalhadores das US e conseqüentemente, impossibilitando a qualificação das equipes e a formação de vínculo, que são fundamentais para atingir os princípios e diretrizes da PNAB (*ibidem*, p.3-4).

A resolução também teceu críticas sobre o edital de Chamamento Público n. 02/2022, sobre a revogação dos atos administrativos desse edital pelo gestor municipal, a publicação de novo edital de Chamamento Público e a realização da repetição de procedimentos a partir da designação da comissão de julgamento. Informam que a OSC IB-Saúde que foi vencedora de dois de quatro lotes no chamamento revogado é investigada na operação “Septicemia” (*ibidem*, p.4-5).

O CMS, então, encaminhou à Delegacia Regional de Investigação e Combate ao Crime Organizado todos os processos administrativos do SEI relacionados ao Chamamento Público n. 02/2022, dando subsídios à Operação Septicemia da PF, enviando também ao MPE e TCE. E, no posicionamento sempre contrário à desestatização, repete as recomendações de que se suspenda o modelo de contratualização atual, que sejam recontratados os funcionários do IMESF, que se encaminhe ao Poder Legislativo um projeto de lei transformando os empregos públicos em cargos públicos, que se realizem concursos públicos para preencher vagas suficientes para a APS (*ibidem*, p.5).

Quanto à dispensa de chamamento emergencial, no início das contratualizações com as OSC, entende-se que a medida apresentou justificativa razoável diante das circunstâncias aqui expostas, assim como a prorrogação das contratualizações em período

de pandemia, não se entende que seja desrespeito tomar decisões que contrariem as deliberações de reprovação do CMS, sendo uma prerrogativa do gestor público que, ao fim, presta contas sobre as consequências de suas ações. Quanto à vantajosidade há necessidade de maior detalhamento qualitativo e quantitativo para o controle de certas variáveis e simetria das comparações para permitir análise de forma racional, não houve transparência e publicidade por unidades de medida, não houve divulgação de relatórios de resultados.

Ainda que não haja definições no ordenamento jurídico sobre o que se constitui em complementaridade na saúde, e até mesmo se o modelo de parcerias se trataria de complementaridade uma vez que a gestão estratégica fica ao encargo do Poder Público, se não seria mais preciso, em termos discutidos em capítulo anterior, uma descentralização por cooperação, entretanto, converge-se com a recomendação do CMS no que tange à alta dependência das entidades com a transferência de atividades da APS de tão grande número de unidades de saúde, o fato desse modelo provocar alta rotatividade de profissionais o que reduz a capacidade de qualificação das equipes em um setor do SUS tão primordial à rede, a principal porta de entrada do sistema de saúde que é básica e ordenadora do SUS.

Em 27 de dezembro de 2022 foi publicada a constituição de nova Comissão Julgadora para análise de propostas referentes ao Edital de Chamamento Público 022/2022 com vistas a selecionar OSC sem fins lucrativos para execução de atividades na APS.¹⁷⁷

Novo Edital de Chamamento Público dando ciência às OSC que quisessem se habilitar para o gerenciamento, administração, operacionalização e execução da APS foi divulgado no DOPA pelo secretário municipal da saúde em 26 de dezembro de 2022, com os links dos documentos dos documentos aos interessados, retificação divulgada em 17 de janeiro de 2023.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Publicação da Portaria 1041 de 23/12/2022 - Processo 22.0.000153790-7. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

¹⁷⁸ Edital de Chamamento Público 022/2022 divulgação 26/12/2022, retificação 17/01/2023 no Processo 22.0.000153790-7. Disponível no DOPA: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2023.

Dessa vez houve a finalização do procedimento com a seleção de quatro OSC, dando continuidade ao modelo, foram selecionadas e permaneceram na gestão da APS a OSC – SSDP, OSC-HVN, OSC-Santa Casa e entrou uma quarta OSC o IB-Saúde, que já havia vencido dois lotes no chamamento anterior que acabou revogado, permanecendo na gestão de uma US a OSC-PUC por inexigibilidade de chamamento, tendo em vista a peculiaridade de gerir equipamento próprio.

Com a base teórica, fundamentação normativa, jurisprudencial e documental reunidas e debatidas e, a partir dos dados colhidos da pesquisa empírica, na seção seguinte realiza-se a análise crítica da contratualização da APS no município de Porto Alegre

3.3 Crítica à contratualização da APS em Porto Alegre

De início critica-se a transferência majoritária da gestão da APS às entidades do terceiro setor sem resguardar um quantitativo maior de unidades próprias, sem um plano de transição e sem planejamento que tivesse contemplado um período de curva de aprendizado, até mesmo para os profissionais que assumiram o aparelho público todos de uma vez, inopinadamente.

De um dia para o outro, saíram muitos profissionais que atendiam nos postos há anos e chegaram tantos outros, muitos sem experiência no serviço público, alguns sem experiência na sala de vacinas, alguns recém-formados, todos inexperientes quanto às dependências e estrutura das unidades, território, características da população do entorno de cada unidade, procedimentos e encaminhamentos, processos de trabalho e uso dos sistemas (e-Sus, Gercon).

De forma desordenada, à mercê de onde havia vaga nas poucas unidades que não seriam transferidas às OSC, várias categorias profissionais de estatutários foram para unidades mais centralizadas, nas US administradas pelo terceiro setor foram contratados prioritariamente médicos de ESF, de medicina geral e comunitária, generalistas ou clínicos, assim, as especialidades médicas básicas da pediatria, ginecologia e obstetrícia não estavam mais capilarizadas na rede básica.

Observa-se que, quando os postos de saúde não possuíam mais médicos das especialidades básicas em Porto Alegre, a Secretária de Atenção Primária à Saúde do MS divulgou a Nota Técnica – NT n. 21/2022 – SAPS/MS em 25 de julho de 2022 orientando aos gestores a implementação do “Cuida Mais Brasil”, nessa nota técnica incentiva-se a

incorporação de médicos ginecologistas, obstetras e pediatras nas equipes de saúde da Atenção Primária (BRASIL, 2022a).

A NT frisa que a complementação ao cuidado para a saúde da mulher e da criança por estes especialistas na APS não se constitui em atendimento ambulatorial especializado, outrossim visa reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com a identificação precoce dos fatores de risco e oportunizando as intervenções necessárias, aumentando a resolutividade no exercício das atividades assistenciais realizadas na APS, e de forma a qualificar os encaminhamentos dos casos graves para a atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e articular com outros pontos da Rede de Atenção do SUS (BRASIL, 2022a, p. 1).

A NT relaciona os indicadores da qualidade da assistência à saúde materno-infantil a serem monitorados pelo programa do MS, como o percentual das crianças até 6 anos de idade com condições pré-existentes atendidas pelos pediatras na APS; as taxas de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal feitas, especificando se a 1ª consulta ocorreu antes da 12ª semana de gestação; dentre outros indicadores qualitativos descritos na nota com 17 páginas, que são aqueles inseridos nos painéis do SISAB para acompanhamento de resultados da APS, analisados em capítulo anterior (*ibidem*).

Entre as competências da gestão municipal, a NT descreve que estão a da seleção, contratação e remuneração dos profissionais, conforme legislação vigente, para que seja garantida a atuação destes profissionais no programa; bem como fazer o controle do cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as cargas horárias e lotações na APS, observância dos registros correspondentes aos atendimentos prestados em prontuário eletrônico próprio da Estratégia e-SUS APS (PEC, CDS, THRIFT), com o envio dos dados ao centralizador nacional¹⁷⁹.

O estado do RS e o município de POA não se habilitaram para esse programa, e como se vê nas próprias parametrizações permitidas pelo MS–PMAQ, dada a dificuldade

¹⁷⁹ O programa Cuida Mais Brasil contemplou todas as 450 regiões de saúde, com recurso total de R\$ 169.693.976,51 para 2022 previsto na Portaria GM/MS n. 937. Apenas dois estados, Amazonas e Paraná, e nesses estados 31 regiões de saúde, 213 municípios manifestaram interesse na habilitação e foram contemplados por meio da Portaria GAB/SAPS nº 32, de julho de 2022, gerando um impacto para 2022 de R\$ 12.068.852,04. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gab-saps-no-32/>. Acesso em 20 de dez. de 2022.

da permanência de profissionais nas equipes, principalmente de médicos, houve adaptações para permitir a formação de equipes com cargas horárias menor do que 40 horas, podendo ter composição de mais de um médico ou dentista por equipe caso as cargas horárias fossem menores.

Considera-se que não tenha sido no melhor interesse da população porto-alegrense a decisão do gestor de ter transferido contingente tão grande de postos de saúde para as OSC, sendo a APS a principal porta de entrada e dado o seu papel na coordenação e ordenação das redes no SUS, a forma abrupta e abrangente estabelecida não ensejou a formação de curva de aprendizado, lembrando que, no primeiro momento da contratualização emergencial, em meio aos embates com o IMESF, não havia a pandemia de Covid-19, a emergência relacionava-se ao risco de descontinuidade do atendimento na APS pela vacância desses profissionais.

Quando eclodiu a emergência mundial da pandemia, não tinha havido tempo suficiente para formar curva de aprendizado, empregados inexperientes e de vinculação tão frágil, como é o caso nas OSC, em mais de 86% das unidades básicas de saúde podem ter contribuído para ainda maior rotatividade e explicar os indicadores de saúde continuamente abaixo da meta por mais de 2 anos após o início da contratualização. Todos os indicadores de qualidade claramente sofreram uma queda no 3º quadrimestre de 2019, período do ápice do confronto e demissões dos empregados do IMESF e, no período subsequente, mantiveram-se ruins (sem indicadores em verde ou azul) no período de 2020 e 2021.

Outra crítica a ser feita, talvez o ponto mais nevrálgico, é que a instituição de um modelo gerencial de parcerias em que a gestão operacional para execução dos serviços é das entidades privadas e a gestão estratégica, fiscalização, controle de resultados e adequação das contas permanecem sendo do Poder Público, exige que o gestor público possua quadros profissionais qualificados com a capacitação técnica adequada para que essa escolha se comprove efetivamente mais vantajosa e eficiente.

O levantamento de dados da pesquisa empírica comprova que o acompanhamento e monitoramento dos resultados e das prestações de contas pelo Poder Público foi insuficiente, no mínimo pela falta de publicidade com relação à divulgação desses

relatórios, da discriminação de todos os desembolsos, de matrizes de risco e unidades de medidas que tivessem demonstração de comparativo dos gastos de cada OSC.

Não foram encontrados nos portais de transparência ou sítios oficiais os relatórios com os resultados de assistência pactuados e as respectivas medições sobre o atingimento das metas dos planos de trabalho, tampouco dados contábeis completos e análises de custos comparativos, ou notas fiscais, ou serviços de terceiros contratados pelas OSC, o que demonstra o controle interno insuficiente do Poder Público, corroborando a hipótese da fragilidade técnica da Administração Pública para assunção desse modelo gerencial, principalmente na amplitude em que foi instituído, se não há gestor público preparado, não há como se esperar que ocorra boa gestão estratégica do equipamento público.

O fantástico desenvolvimento tecnológico que, a partir da alimentação de bancos de dados possibilita prodigiosas análises e ferramentas ao gestor, sistemas que já existem e já estão implementados pelo MS como o SISAB (dados apresentados nesse trabalho), o PNGC e APURASUS para verificação e controle dos custos do SUS que tem uma adesão patética dos entes federativos, esse último teria sido de utilidade inestimável para o gestor da pasta da saúde no esclarecimento sobre presença ou não de vantajosidade e eficiência das OSC na APS.

Já existem modelos tecnológicos e de gerenciamento bem-sucedidos dentro da própria SMS de Porto Alegre, o gerenciamento de internações com mapa de leitos em tempo real em interface com todos os hospitais contratualizados do município é uma realidade capitaneada pela Diretoria de Regulação e Procempa¹⁸⁰, os painéis de *Business Intelligence* com a alimentação de informações sobre prestação de serviços e faturamentos dos prestadores do SUS já são uma realidade, o potencial de gestão é transformador se houver governança sensibilizada que promova a disseminação,

¹⁸⁰ O Sistema de gerenciamento de Internações (GERINT) desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados de Porto Alegre (Procempa) em parceria com a SMS de Porto Alegre foi selecionado como um caso de sucesso a ser apresentado na 15ª Conferência Internacional sobre Teorias e Práticas de Governança Eletrônica em evento na ONU, o sistema permite o controle de solicitações de internação em tempo real, com identificação de gravidade do paciente, de modo a priorizar os casos urgentes e identificando a vaga e local mais adequado a cada caso. Está implantado em Porto Alegre desde 2018 e tem 100% dos hospitais da capital e 194 hospitais do interior do RS usando o sistema, com cerca de 2,6 mil internações reguladas por mês em Porto Alegre e 6,4 mil no Estado, com tempo médio máximo de espera para leito em UTI, abrangendo todos os hospitais cadastrados, de 20 horas. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/procempa/noticias/sistema-de-gerenciamento-de-internacoes-sera-apresentado-em-evento-da-onu> e <https://prefeitura.poa.br/procempa/noticias/prefeitura-apresenta-sistema-de-gestao-de-leitos-em-evento-da-onu>. Acesso em 12 de jun. de 2023.

capacitação e articulação entre os setores do Executivo municipal, para que se passe a exigir, obstinadamente, que todos passem a usar a ferramenta.

Ainda que não existam parâmetros de medição da transparência exigida pela LAI (Lei n. 12.527/2011) parece claro que os sítios eletrônicos municipais e das parcerias não têm informações suficientes que permitam o controle social das OSC, há fragmentação (mais de um endereço eletrônico anterior e atual da prefeitura) e problemas de navegabilidade nos dois sites, a organização e estrutura, bem como a hierarquia de navegação não são claros ou intuitivos, além disso há limitação, vagueza, incompletude e mesmo ausência de dados importantes relacionados às parcerias.

Não são encontrados sites específicos das OSC encarregadas da gestão da APS em Porto Alegre, não há informações sobre a estrutura organizacional dessas organizações sociais e sobre o gerenciamento da APS a partir dessas entidades, que têm autonomia gerencial em certa medida, mas por lidarem com equipamentos e recursos públicos têm o dever da publicidade e transparência de seus atos e recursos.

Os valores efetivamente pagos em remuneração a todos os recursos humanos – inclusive seus dirigentes não é publicizado, também é dificultoso encontrar os contratos e seus termos aditivos nos sítios da prefeitura (no portal da transparência do SGP não são disponibilizados), não estão disponíveis o detalhamento dos indicadores de desempenho com o alcance dos resultados apurados pelo poder-dever fiscalizatório da SMS ao longo do tempo, há dificuldades para acessar a produção física e financeira detalhada, não se acessa a discriminação dos valores desembolsados, as despesas pagas às terceirizadas e fornecedores contratados pelas parceiras. Todas essas informações deveriam estar disponibilizadas e consolidadas em um local eletrônico de fácil acessibilidade e navegabilidade.

A falta de publicidade quanto aos dirigentes, estrutura organizacional e as terceirizadas contratadas pelas OSC podem implicar também em riscos de favorecimentos, nepotismo, descumprimento ao princípio da impessoalidade, em improbidade administrativa na medida em que, não se dando transparência a essas pessoas jurídicas interpostas, não se consegue identificar possíveis impedimentos não declarados de servidores públicos de carreira ou cargos comissionados que, detendo poder dentro da estrutura da SMS, são eles próprios (ou familiares e amigos) colaboradores

dessas entidades, usufruindo de posição privilegiada para direcionamento e drenagem de recursos públicos dos cofres do município e federais (verbas do PNAB e emendas de parlamentares federais).

Em reflexão sobre as mudanças das relações de trabalho e o processo de desestatização experimentado e registrado nessa pesquisa, cita-se o perturbador título “Trabalho: quando você crescer, talvez não tenha um emprego” do escritor israelense Yuval Noah Harari (2018, p. 40) no livro “21 lições para o século 21” que discorre sobre as modificações do mercado de trabalho no ano de 2050 e de como o aprendizado de máquina e robótica vai modificar todas as modalidades de trabalho, além de visões conflitantes quanto à natureza e iminência de tais mudanças, a crença de alguns de que em uma ou duas décadas bilhões de pessoas vão ser economicamente prescindíveis, enquanto outros consideram que a automação manterá a geração de novos empregos e prosperidade.

O medo da automação causar desemprego data da Revolução Industrial do século XIX, o que, contudo, nunca aconteceu, novos empregos surgiram e o padrão de vida médio mundial melhorou muito, não obstante, a Inteligência Artificial – IA parece estar começando a superar dois dos tipos conhecidos de habilidades do ser humano, tanto a física quanto a cognitiva. A automação competiu com as habilidades físicas do homem, que, por sua vez, manteve-se à frente delas devido à sua capacidade cognitiva, entretanto a IA tem superado os seres humanos em um número cada vez maior de habilidades cognitivas, de aprendizado, análise e mesmo a de compreensão das emoções humanas (*ibidem*, p.41).

Um percentual significativo de acidentes de trânsito e de erros médicos ocorrem por erros humanos, assim, segundo Harari (2018, p. 46), seria insensato impedir a automação na área dos transportes ou da saúde para preservar empregos, afinal, o valor maior a ser protegido são os próprios humanos e não os motoristas e médicos obsoletos.

A IA tem aspectos revolucionários por não ser somente sobre aumentar a rapidez e inteligência dos computadores, ela se alimenta de avanços nas ciências da vida e nas ciências sociais, áreas como a neurociência e a economia comportamental que permitem o reconhecimento de padrões e probabilidades. A ameaça de desemprego pela IA é resultante, portanto, da conjunção da ascensão da tecnologia da informação com a

biotecnologia. A IA na medicina pode trazer enormes benefícios para a sociedade, provendo melhores serviços de saúde, mais seguros e com custos reduzidos, ainda mais para pessoas com dificuldades de acessar os serviços. A aplicação de algoritmos de aprendizagem e sensores biométricos para população pobre em uma localidade pode fazer com que essa população obtenha assistência médica mais qualificada por meio de um smartphone do que pessoas financeiramente abastadas que têm acesso a bons hospitais (2018, p. 44-45).

Os trabalhos especializados com atividades padronizadas serão automatizados, no entanto será difícil a substituição de humanos por máquinas nas tarefas exigentes de gama maior de habilidades ao lidar com circunstâncias imprevisíveis, conforme Harari

Muitos médicos concentram-se exclusivamente em processar informações: eles absorvem dados médicos, os analisam e fazem um diagnóstico. Enfermeiras, ao contrário, precisam também de boas habilidades motoras e emocionais para ministrar uma injeção dolorosa, trocar um curativo ou conter um paciente violento. Por isso provavelmente teremos um médico de IA em nosso smartphone décadas antes de termos uma enfermeira-robô confiável. É provável que as atividades de cuidado – de enfermos, de crianças e idosos – continuem a ser um bastião humano por muito tempo. Realmente, como as pessoas estão vivendo mais e tendo menos filhos, a área de cuidados geriátricos provavelmente será a de crescimento mais rápido no mercado de trabalho humano (HARARI, 2018, p. 46-47).

É nesse contexto que se acredita que o cuidado que é prestado na APS está inserido, independentemente do processo evolutivo das tecnologias, desenvolvimento de protocolos, interconectividade entre as redes assistenciais de saúde e informatização, dentre outras diretrizes sendo implementadas e que foram descritas aqui, é na porta de entrada preferencial do SUS que deve ser preservado e valorizado o bastião do cuidado humano de atenção básica, essa é a rede do SUS mais próxima, vinculada e que vai prestar o cuidado e acompanhamento ao longo de todos os processos vitais dos indivíduos e suas famílias dentro da comunidade.

Acredita-se, nesse sentido, que um núcleo duro de certo contingente de profissionais da saúde¹⁸¹ com planos de carreira bem definidos e valorizados sob regime publicista para a prestação de serviços ao SUS na APS, deveria fazer parte de um subtipo

¹⁸¹ Com percentuais de servidores próprios a serem definidos, mas certamente não podem ser inexistentes ou ínfimos como atualmente na assistência direta da APS da cidade de Porto Alegre.

específico de serviço público social impróprio, aquele que, ainda que possa ser prestado também pela livre iniciativa privada, considerando o valor do bem protegido, a relevância pública constitucional explicitada e o interesse público, consistisse num resguardado e entrincheirado mínimo de serviço público impróprio, porém indelegável, dada a função ordenadora de cuidado e estratégica da APS no SUS.

Diante das diretrizes da APS vistas nesse trabalho, e na própria PNAB de 2017 que colocava como responsabilidade comum das esferas de governo o fortalecimento dos vínculos de trabalho e implantação de carreiras que se correlacionem com o desenvolvimento do trabalhador à qualificação de ações e serviços de saúde para as pessoas no SUS, nesse sentido, que também sejam planejadas estratégias para que os profissionais se fixem à Atenção Básica de maneira a promover o cuidado e o vínculo (art. 7º, inc. VII e VIII) (BRASIL, 2017g).

CONCLUSÕES

A pesquisa se propôs a demonstrar as consequências da transferência da operacionalidade da execução da prestação de serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde para parcerias do terceiro setor, entidades privadas sem fins lucrativos, tendo em vista a centralidade da Atenção Primária à Saúde no SUS, seu papel estratégico e ordenador da rede de saúde, dada a relevância do direito à saúde à porta de entrada no SUS, à luz da experiência no município de Porto Alegre.

No primeiro capítulo descreveu-se a base no ordenamento jurídico do direito à saúde, a defesa do direito à saúde como dever do Estado e direito de todos, bem como o conceito ampliado da saúde e de princípios e diretrizes que modelaram a criação do SUS a partir da promulgação da CRFB/88.

Nessa primeira parte explanou-se sobre os princípios e diretrizes norteadores do SUS positivados na Constituição, foram relatadas as iniciativas normativas intervenientes no financiamento do sistema e suas constantes modificações, que ora estabeleciam limites mínimos e fontes de financiamento, ora implicavam em regressividade e redução de recursos para saúde, assim como se detalhou a estruturação organizativa a partir da LOS e suas portarias de consolidação, bem como as bases da política pública de Estado que passou a priorizar a Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada e coordenadora dos cuidados de saúde das pessoas no SUS.

No segundo capítulo foram mostradas as mudanças de modelos de gestão pública, do patrimonialismo ao modelo burocrático e, por fim, ao gerencial que surgiu como resposta à crise do Estado e visando diminuir custos e melhorar a eficiência dos serviços públicos por meio de métodos utilizados na iniciativa privada. Relatou-se a reforma administrativa proposta no PDRAE a partir da década de 1990 no Brasil, com a redução do tamanho do Estado e a desestatização, a previsão das organizações sociais.

Descreveram-se os contratos administrativos, o conceito de contratualização, parcerias, terceirização e terceiro setor, os atos normativos e instrumentos utilizados, com maior detalhamento sobre o conceito de terceiro setor e as organizações da sociedade civil, o instrumento de contrato de gestão e o marco regulatório das organizações da sociedade civil, a decisão do STF sobre a constitucionalidade da lei que instituiu as

organizações sociais e a chancela desse modelo como uma escolha do gestor público. A prestação de serviços de saúde pelas parcerias feitas entre o Poder Público e as OSC.

No terceiro capítulo reconstituíram-se as circunstâncias que antecederam a contratualização da Atenção Primária à Saúde, com a decisão do STF que, ao negar o seguimento de recurso em face de decisão de inconstitucionalidade da lei criadora do IMESF exarada pelo TJRS, deflagrou os procedimentos do município de Porto Alegre na extinção da fundação pública de direito privado e demissão de seus empregados, cujo vínculo passou a ser precário. A saída dos médicos cubanos dos postos de saúde, e a decisão do gestor de prescindir dos estatutários, transferindo-os à limitada escolha das poucas unidades de saúde maiores e mais centralizadas ou para cargos de gestão na Secretaria Municipal de Saúde, as opções sob administração direta.

Recapitulados os termos de colaboração e aditivos com as Organizações da Sociedade Civil credenciadas para assumir o gerenciamento de cerca de 86% das unidades de saúde da APS, inicialmente em caráter emergencial sob dispensa de chamamento público, tendo se estendido por 8 meses. À inovação do modelo gerencial em percentual majoritário dos postos de saúde do município de Porto Alegre, a ocorrência da pandemia do Covid-19 que impôs série de restrições, isolamento social e pressão sob o sistema de saúde.

Descritos os novos termos de colaboração celebrados por vigência de 24 meses e ainda sob a égide da dispensa de chamamento prevista na lei do MROSC, base do modelo instituído, em período que abrangeu o recrudescimento da pandemia. Descrita a abertura do Chamamento Público próxima à finalização da vigência de 24 meses dos termos de colaboração com as OSC, as adversidades que fizeram com que, após meses de procedimentos, esse acabasse revogado e aberto novo certame.

Feito o levantamento dos termos aditivos aos termos de colaboração, apresentaram-se os dados financeiros, de acordo com cada OSC, e o alcance de indicadores de qualidade do município disponibilizados para consulta pública no sítio do Ministério da Saúde. Demonstrado que os indicadores de qualidade antes e depois da contratualização das parcerias eram na maior parte insuficientes, tendo havido melhora somente recentemente no 1º quadrimestre de 2023.

Dada a efemeridade própria de planos de governo nas sociedades democráticas, demonstrou-se que a ampla margem de discricionariedade do gestor público municipal na decisão da adoção do modelo de contratualização da APS em Porto Alegre, da forma abrangente como ocorreu, traz interferência estrutural muito grande sobre diretrizes muito caras à APS, sem que tivesse havido planejamento e amadurecimento gerencial para o controle das contratualizações implementadas na atenção básica.

Entende-se que a estratégia de priorização da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada no SUS, condutora e coordenadora dos cuidados na rede de saúde do SUS, deve ser considerada uma política pública *de Estado*, por conseguinte, deveria ser preservada da contratualização e de juízos de conveniência e oportunidade de mandatários efêmeros.

Além da desestruturação de diretriz central da APS, como a falta de vinculação e longitudinalidade do cuidado sob o modelo gerencial, outra consequência da contratualização, da forma abrupta e majoritária que foi instituída, foi a ausência de curva de aprendizado pelos trabalhadores que assumiram novos postos e modelo de gestão, toda estrutura de recursos humanos renovada ao mesmo tempo e em meio à pandemia, sem período de transição ou teste que demonstrasse que a decisão seria benéfica. Também se alerta sobre a fragilidade do controle das atividades pelo poder público, a ausência de matrizes de custos, transparência e publicidade dos gastos, fluxos de caixa e dos contratos entabulados pelas OSC, que tornam impossível a verificação de vantajosidade desse modelo.

Passados mais de três anos da celebração dos primeiros termos de colaboração emergenciais, não houve o fechamento das prestações de contas referentes a esse primeiro período de contratualização emergencial, não se tem acesso aos resultados de monitoramento ou dados contábeis completos.

Ainda que as OSC usufruam do melhor dos dois mundos tendo mais autonomia e flexibilidade para gerir o equipamento público, sem o engessamento do regime publicista, e que não arquem com os riscos do negócio da economia de mercado, tendo em vista subsistirem inteiramente às custas de recursos públicos, como se viu nesse trabalho, a personalidade jurídica de direito privado dessas entidades não elide a necessidade de

prestação de contas e ampla publicização e transparência tendo em vista o exercício de atividades públicas com vultuosos valores de recursos públicos.

Assim, entende-se que todo o período de 2020 até o presente momento não apresenta bom controle fiscalizatório e de prestação de contas, somente a publicização e transparência desses dados permitiria uma análise mais fidedigna de mérito e vantajosidade do modelo em si, principalmente, com relação às relações negociais das OSC. A gestão das atividades e recursos públicos tem sobre si os reflexos da aplicação de princípios basilares constitucionais, em especial os do art. 37 da CRFB/88, o que não pode ser comprovado se não há controle adequado.

Nesse sentido, não houve o cumprimento a contento do princípio da publicidade, não foi divulgado no portal da transparência a discriminação do uso dos recursos, organograma dos dirigentes das OSC, não há divulgação quanto aos relatórios de monitoramento e avaliação, a opacidade desses dados impede que se faça juízo sobre eficiência e economicidade.

Ademais se não se tem acesso às discriminações de compras de insumos e outros materiais, contratos de serviços terceirizados e de outros prestadores de serviços e pessoas jurídicas associados às OSC contratualizadas, que assumem essas relações negociais por meio dos recursos públicos que recebem, prerrogativa da autonomia gerencial nesse modelo, não se pode fazer verificação quanto à impessoalidade e moralidade, se, por exemplo, um serviço de contabilidade ou consultoria jurídica de cônjuges, familiares, servidores públicos ou políticos aliados ao governo foi contratado ou exerce algum cargo na OSC que gerencia a APS.

As relações negociais com dinheiro público precisam ser cristalinas em respeito à publicidade e, conseqüentemente corroborando o seguimento do princípio da impessoalidade e moralidade.

Essas parcerias não podem evocar relações de compadrio e arbítrio das maiorias eventuais que estiverem no poder, a publicidade e a transparência precisam ser ampliadas e melhoradas, o que além de viabilizar o controle social, pode inibir a malversação dolosa dos recursos e o desrespeito aos princípios constitucionais descritos, o Poder Público deve qualificar e instituir procedimentos de trabalho e profissionalização do seu corpo técnico de fiscalização, que deve ser independente, os quadros técnicos da contratualização,

regulação, fiscalização e ordenação de despesas não podem estar suscetíveis à captura política ou de grandes grupos empresariais da saúde.

Assim, os resultados e prestação de contas das OSC devem ser divulgados com total transparência, em conformidade com os princípios constitucionais – impessoalidade, publicidade, moralidade, legalidade, eficiência – que são impostos àqueles que utilizam equipamentos e recursos públicos, o que independe de a gestão ser feita por pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado.

Tais resultados e prestação de contas, por sua vez, devem passar pelo crivo e análise do corpo técnico do Poder Público, no seu poder-dever indelegável de fiscalização e controle. A verificação desses dados, portanto, envolve que o corpo técnico da Administração Pública possua adequada formação e se articule nos seus diversos órgãos para o cruzamento de dados, o que requer ações concatenadas de áreas do conhecimento de contabilidade, administração, legislação, economia, tecnologia da informação, bem como aprofundamento no conhecimento específico e epidemiológico técnico-científico de saúde. O que não ocorre minimamente nesse momento, há desorganização, fragmentação, falta de processos de trabalho e desarticulação nos setores, intersetorialmente e com os demais órgãos de controle.

Há necessidade de sistema de controle dos custos e despesas de todos os que prestam serviços pelo SUS, para gerenciamento de recursos escassos e, como visto, já foi criado o PNGC e ferramenta APURASUS, contudo, há baixa aderência dos gestores públicos ao Programa, todo gestor público, assim como os envolvidos nos controles interno e externo deveriam cobrar a aderência e a implementação desse programa para que haja a coleta sistemática desses dados por todos os prestadores e destinatários de recursos públicos da saúde.

Ainda que o Poder Público tivesse quadros com formação técnica compatível para a fiscalização e o controle de um grande quantitativo de serviços de saúde contratualizados, o que, definitivamente, não ocorre, conclui-se que não é na APS que esse modelo encontra compatibilização entre diretrizes e finalidades.

Em possível e desejável amadurecimento do Poder Público e governança estratégica, o modelo gerencial de contratualização de OSC se ajustaria melhor, caso os custos e os resultados fossem comprovadamente melhores e identificados em sistema de

apuração de custos, com os serviços emergenciais e de Pronto Atendimento, em que a vacância de profissionais é um problema que demanda a reposição célere e mais flexível. O perfil de prestação desses serviços relaciona-se a situações agudas ou de risco, cujas diretrizes estabelecem triagem de prioridades clínicas, e os desfechos bem-sucedidos são dependentes de atendimentos imediatos ou contados na métrica de até quantos minutos uma pessoa pode aguardar atendimento sem que esse tempo represente risco à saúde, ou seja, é uma rede de serviços de saúde diversa da APS.

Conclui-se que, mesmo não sendo uma surpresa que os frágeis vínculos empregatícios das OSC provoquem grande rotatividade de profissionais, essa rotatividade combinada à abrangência implementada no município de Porto Alegre vai de encontro às diretrizes da APS que visam a formação de vínculos e longitudinalidade do cuidado. A precarização de vínculos acarreta a rotatividade e descontinuidade do cuidado, o rearranjo frequente das equipes de ESF geridas pelas OSC, corroboram à tese de que esse modelo é incompatível com os preceitos da APS, principal porta de entrada do SUS.

A dependência majoritária da iniciativa privada para prestação de serviços estratégicos no SUS da APS, a rotatividade de profissionais em detrimento da continuidade do cuidado, a fiscalização insuficiente, o desconhecimento quanto à vantajosidade do modelo devido à falta de transparência e controle de desfechos e custos, o menoscabo da força de trabalho dos servidores próprios para manutenção de contingente na APS, são consequências da contratualização da APS no município de Porto Alegre que desconfiguram as diretrizes da estratégia de saúde da família, e demonstram a necessidade de se impedir tal grau de discricionariedade do gestor público em uma política pública de saúde dessa relevância.

Pelo exposto, em interpretação sistemática do ordenamento jurídico e dos dados empíricos apresentados, tendo a APS papel estratégico e de centralidade no SUS com diretrizes que não se conciliam com a contratualização, deve esta ser considerada como política pública de *Estado*, e se deve visar a manutenção de contingente de serviços próprios com equipes multiprofissionais valorizadas e com plano de carreira definido, em quantitativo percentual maior do que o contratualizado, de forma a propiciar a longitudinalidade do cuidado e a função estratégica e de condução da população no SUS para a garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Antônio Carlos Carneiro de. **Terceiro setor: história e gestão de organizações**. São Paulo: Summus, 2006.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2011.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2017.

ALLAMEL-RAFFIN, Catherine; LEPLÈGE, Alain; MARTIRE JÚNIOR, Lybio. **História da Medicina**. São Paulo: Ideias & Letras, 2011.

AMORIM PINTO, Bruno Luís. Gestão privada de serviços públicos por Organizações Sociais: eficiência e responsabilidade. In: DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **O Direito privado administrativo**. São Paulo: Atlas, 2013. p. 148-167.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. O princípio da eficiência. **R. Dir. Adm**, Rio de Janeiro, 237, jul./set. 2004. 1-6.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo: Saraiva, 2011.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca; ALMEIDA, Guilherme Assis de. **Curso de Filosofia do Direito**. 9ª. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

BOYNE, George A. **Public Choice Theory and Local Government: A Comparative Analysis of the UK and the USA**. Wales: MACMILLAN PRESS LTD, 1998.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brazil**, Rio de Janeiro: 25 de mar. 1824.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei n. 8.142**, Brasília, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Decreto n. 591**, PIDESE. Brasília, 6 julho 1992.

BRASIL. **Lei n. 8.429**, Brasília, 2 jun. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.203 - NOB 01/96**, Brasília, 5 novembro 1996.

BRASIL. **Lei n. 9.637**, Brasília, 15 maio 1998.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.925**, Brasília, 13 novembro 1998.
- BRASIL. **Lei n. 9.790**, Brasília, 23 mar. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**, Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399 - Pacto pela Saúde 2006**, Brasília, 26 fevereiro 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *In: BÁSICA, D. D. A. Política nacional de atenção básica*, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Decreto n. 7.508**, Brasília, 28 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488**, Brasília, 21 outubro 2011.
- BRASIL. **Lei n. 12.527**, Brasília, 18 de novembro 2011a.
- BRASIL. **Lei Complementar n. 141**, Brasília, 13 janeiro 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BRASIL. **Lei n. 12.919**, Brasília, 24 dez. 2013.
- BRASIL. **Lei n. 12.871** - Institui o Programa Mais Médicos, Brasília, 22 outubro 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.412** - Instituição do SISAB. Brasília, 10 julho 2013.
- BRASIL. **Lei n. 13.019**, Regime Jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, 31 jul. 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, 2015.
- BRASIL. **Emenda Constitucional n. 86**, Brasília, 17 de mar., 2015.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.923**, Brasília, 16 abr 2015a.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **RE n. 581.488/ RS**, Brasília, 16 abr. 2015b.
- BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95**, Brasília, 15 dez. 2016.
- BRASIL. **Lei n. 13.408**, Lei Orçamentária de 2017. Brasília, 26 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436**, Brasília, 21 setembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 1**, Brasília, 28 setembro 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 2**, Brasília, 28 setembro 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 3**, Brasília, 28 setembro 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 4**, Brasília, 28 setembro 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 5**, Brasília, 28 setembro 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n. 6**, Brasília, 28 setembro 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436**, Brasília, 21 setembro 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.257**, Brasília, 6 set. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 105**, Brasília, 12 dez. 2019.

BRASIL. **Lei n. 13.934**, Brasília, 11 dezembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 930** - Programa Saúde na Hora, Brasília, 15 maio 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Cautelar - AC 3711**, Brasília, 19 set. 2019a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário com Agravo 898.455 - RS**. Recte.: ABRASUS e outros; Recte. Município de Porto Alegre. Recdo.: os mesmos, Brasília, 20 mar. 2019b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Embargos de Declaração nos Embargos de Declaração nos Embargos de Declaração no Agravo Regimental RE n. 898.455**. Embte.: ABRASUS e outros. Embdo.: Procurador-Geral do RS, Brasília, 8 set. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria n. 60**, Brasília, 26 novembro 2020.

BRASIL. **Lei n. 14.230**. Altera a Lei n. 8.429, Brasília, 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria de Consolidação n. 1**, Brasília, 2 junho 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 120**, Brasília, 5 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Departamento de Saúde da Família - DESF. Sistema de Informação em Saúde para a AB - SISAB. **Nota Técnica Explicativa do Relatório de Indicadores de Desempenho da APS (Previne Brasil - 2022)**, Brasília, set. 2022.

BRASIL. **Nota Técnica n. 21/2022**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS, Brasília, 25 jul. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 854 DF**, Brasília, 14 dez. 2022a. Relatora: min. Rosa Weber.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Políticas de Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil [recurso eletrônico]**, Brasília, 2023.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Burocracia Pública na Construção do Brasil**. [S.l.]: <https://www.bresserpereira.org.br/books>, 2008.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 7. ed. Rio de Janeiro : FGV, 2006.

BUBLITZ, Juliana. Por ordem do STF, prefeitura de Porto Alegre fechará órgão responsável por saúde da família. **gaúchazh.clicrbs.com.br**, Porto Alegre, 17 set. 2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUSATTO, Ivana Maria Saes; GARCIA, Ivana de França; RODRIGUES, Izabelle Cristina Garcia. **SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. 1ª. ed. Curitiba: InterSaberes, 2019.

CALNAN, Michael. The NHS and Private Health Care. **Health Matrix: Journal of Law-Medicine**, 2000. 3-20. Disponível em: <<https://heinonline.org/HOL/License>>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; PEREIRA JUNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, set. 2016. 2.655-2.663.

CARRA, César Augusto. O orçamento impositivo aos estados e aos municípios. **R. TCEMG**, Belo Horizonte, 33, n. 4, out./dez. 2015. 73-90.

CASSAGNE, Juan Carlos. **Derecho Administrativo**. Buenos Aires: LexisNexis, v. Tomo I, 2002.

CEAP. O SUS e a efetivação do direito humano à saúde/ Centro de Educação e Assessoramento Popular; Organização Pan-Americana da Saúde, Passo Fundo, 2017.

CHIAMULERA, Caroline. **Contratualização complementar de serviços privados no SUS: uma análise sob a ótica da efetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2021.

CITTADINO, Gisele. **Pluralismo, direito e justiça distributiva: elementos da filosofia constitucional contemporânea**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

CMS. Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde. **Parecer Técnico n. 01/20**, Porto Alegre, 9 janeiro 2020.

CMS. Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde. **Parecer Técnico n. 06/20**, Porto Alegre, 3 set 2020a. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/parecer_06_2020_2termo_aditivo_os_aps.pdf>. Acesso em: 25 maio 2023.

CMS. Secretaria Técnica do Conselho Municipal de Saúde. **Parecer Técnico n. 05/20**, Porto Alegre, 6 ago. 2020b. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/parecer_05_2020_atenc_aobasica.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. **Parecer Técnico n. 03/2022**, Porto Alegre, 2022a. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>>. Acesso em: 30 maio 2023.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. **Parecer Técnico n. 05/2022**, Porto Alegre, 2022b. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>>. Acesso em: 30 maio 2023.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução n. 01/2023**, Porto Alegre, 5 jan 2023. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/recomendacao_01.23.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos; ALVES, Pâmela Karoline Lins. A mercantilização da saúde no enfrentamento da Covid-19: O fortalecimento do setor privado. **Revista Humanidades e Inovação**, 8, n.35, fev. 2021.

COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virgínia Alonso. **Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 08, p. 3593-3604, ago. 2014.

COURI, Daniel. Conheça a emenda Pix: a prima pobre das emendas de relator. **Nexo**, online, 2 dez. 2021. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/colunistas/2021/Conhe%C3%A7a-a-emenda-Pix-a-prima-pobre-das-emendas-de-relator>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CRUZ, Walter Gabriel Neves; BARROS, Rafael Damasceno de; SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 (6), maio-jun 2022. 2459-2469.

DANTAS, Carolina. Mais Médicos: cubanos entram na Justiça por salário integral e direito de ficar no país. **G1**, online, 10 out. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-medicos-cubanos-entram-na-justica-por-salario-integral-e-direito-de-ficar-no-pais.ghtml>>. Acesso em: 16 maio 2023.

DE PAULA, Virgínia de Ângelis Oliveira. Transferências especiais: o descontrole do orçamento obscuro no STF. **Migalhas**, online, 24 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/depeso/347540/transferencias-especiais-o-descontrole-do-orcamento-obscuro-no-stf>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. *In*: TABOZA, Cida; FAGUNDES, Jane; OKI, Fábio (Coord.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Série Vinte Anos da Constituição Federal**. 2ª. ed. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, v. 1 n.17, 2009. Cap. 2, p. 17-37.

DEUS, Estéfani Sandmann de; KERSH, Aline; CASTILHO, Alessandro Maia. Novas configurações no mundo do trabalho no Brasil: o caso do IMESF. **Revista de Administração de Roraima-UFRR**, Roraima, 2020. 1-17.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada**. 13ª. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2022.

DITTERICH, Rafael Gomes *et al.* A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 39, n. especial, dez 2015. 207-220.

DOPA. Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. **Decisão Administrativa no processo 19.0.000147734-2**, Porto Alegre, 31 janeiro 2020. Disponível em: <https://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3199_ce_20200131_executivo.pdf>. Acesso em: 17 maio 2023.

FAHEL, Murilo; SILVA, Maria Patrícia (orgs.). **A trajetória da atenção primária à saúde no Brasil: de Alma-Ata ao Programa Mais Médicos**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2018.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 3ª edição, revista. ed. [S.l.]: Globo, 2001.

FERNANDES, Lorena Estevam Moreira. Gestão de pessoas e as organizações sociais de saúde nos hospitais estaduais. *In*: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Ligia (Orgs.). **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 115-141.

FERRAZ, Luciano de Araújo. Art. 37, parágrafo 8º. *In*: CANOTILHO, J. J. Gomes *et al.* **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/ Almedina, 2013. p. 921-923.

FERRAZ, M. Funcionários do IMESF começaram a ser demitidos nesta segunda pela prefeitura de Porto Alegre. **ClicRBS online**, Porto Alegre, dez 2020. Disponível em: <<http://diariogaucha.clicrbs.com.br/rs/dia-a-dia/noticia/2020/12/funcionarios-do-imesf-comecaram-a-ser-demitidos-nesta-segunda-pela-prefeitura-de-porto-alegre-14242699.html>>. Acesso em: 5 maio 2023.

FIOCRUZ. **Contratualização de desempenho institucional no SUS: resultados de pesquisa de opinião**. Brasília: Saberes, 2018.

FLEURY, Sonia. Políticas sociais e democratização do poder local. *In*: VERGARA, Sylvia Constant; CORRÊA, Vera Lúcia de Almeida. (orgs.). **Proposta para uma gestão pública municipal efetiva**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

FLUMINHAN, Vinícius Pacheco. **SUS versus Tribunais: limites e possibilidades para uma intervenção judicial legítima**. Curitiba: Juruá, 2014.

FRIAS, Paula. O impacto do orçamento impositivo de emendas parlamentares individuais e coletivas no Presidencialismo de Coalizão. **Revista Ensaios**, Rio de Janeiro, jul-dez 2019. 146-155.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia a 1930. **Textos do Departamento de Ciências Médicas/ Escola de Farmácia**, Ouro Preto, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>.

GONTIJO, Vander. Orçamento impositivo, contingenciamento e transparência. **Cadernos ASLEGIS**, Jan./abr. 2010. 61-72.

GUERRA, Sérgio. As privatizações no atual contexto jurídico constitucional brasileiro. *In*: SOUTO, M. J. V. **Direito Administrativo Empresarial**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006. p. 371-394.

HARARI, Yuval Noah. **21 lições para o século 21**. São Paulo : Companhia das Letras, 2018.

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass R. **O custo dos direitos: por que a liberdade depende dos impostos**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. 12ª. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

KALLMANN, Isabel H. **O financiamento do Sistema Único de Saúde: um estudo crítico**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2022.

KEPLER, Guilherme. Após decisão do STF, Marchezan anuncia extinção do Instituto de Saúde da Família: cerca de 1,8 mil trabalhadores serão demitidos. **Guaíba.com.br**, Porto Alegre, 17 set. 2019.

KLERING, Luis Roque; PORSSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luis Alberto. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2010.

LAUSS, Fernando; MALDONADO, Hélio Deivid Amorim. A prova do dolo nas ações por ato de improbidade administrativa. **Conjecturas**, 22 N° 6, jun. 2022. 893-908.

LINS, Bernardo Wildi. **Organizações sociais e contratos de gestão**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2022.

MAFFINI, Rafael. **Elementos do direito administrativo: atualizado até a lei 13.303/2016 - Estatuto das Estatais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016.

MANICA, Fernando Borges; WANDSCHEER, Clarissa Bueno. Saúde e desenvolvimento humano: parcerias com o terceiro setor e incorporação de novas tecnologias ao SUS. **Revista Novos Estudos Jurídicos [eletrônica]**, 23 n. 2, maio-ago 2018.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo. **Judicialização da saúde: regime jurídico do SUS e intervenção na administração pública**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Parcerias Público-privadas nos Serviços de Saúde. *In*: MODESTO, P.; CUNHA JÚNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da. (Coords.). **Terceiro Setor e Parcerias na Área da Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

MARTINI, Jussara Gue. Implantação do programa de saúde da família em Porto Alegre. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 53 n. especial, dez 2000. 71-76. Disponível em: <<https://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 maio 2023.

MATOS, Eduardo. Prefeitura de Porto Alegre suspende disputa para administração de postos de saúde. **gaúchazh.clicrbs online**, Porto Alegre, 8 dez 2022. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2022/12/prefeitura-de-porto-alegre-suspende-disputa-para-administracao-de-postos-de-saude-clbflf5g1004j014ux8x9mgpz.html>>.

MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru; NOHARA, Patrícia Irene. **Gestão pública: abordagem integrada da Administração e do Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2021.

MELLO, Cláudio Ari. **Democracia constitucional e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

MELLO, Cláudio Ari. **Direito constitucional: teoria da constituição e direitos fundamentais**. São Paulo: Tirant Lo Blanch, 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (5), ago. 2010. 2297-2305.

MENDES, Guilherme Adolfo dos Santos. Princípio da Eficiência. In: MARRARA, Thiago (Coords.). **Princípios de Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2012. p. 352-374.

MENDONÇA, Eduardo. O falso orçamento impositivo: a institucionalização do patrimonialismo. **Coluna Constituição e Sociedade**, online, p. 1-3, fev. 2015. Disponível em: <<https://jota.info/colunas/constituicao-esociedade/>>.

MIRANDA, Gabrielle Morais Duarte *et al.* A ampliação das equipes de saúde da família e o programa mais médicos nos municípios brasileiros. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 131-145, ja./abr. 2017.

MONTEIRO, Baltazar Ricardo *et al.* Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22 (3), 2017. 725-736.

MOTTA, Fernando C. Prestes; BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Introdução à Organização Burocrática**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

MPE/MPC/MPT/MPF. **Nota Técnica 01/2018**, Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/nota_tecnica__01-2018>. Acesso em: 21 maio 2023.

MUKHERJEE, Joia S. Financing governments: towards achieving the right to health. In: ZUNIGA, José M.; MARKS, Stephen P.; GOSTIN, Lawrence O. **Advancing the Human Right to Health**. Oxford: Oxford University Press, 2013. p. 411-422.

NARVAL, P. C. **SUS: Uma reforma revolucionária para defender a vida**. São Paulo: Autêntica Editora, 2022.

OLIVEIRA, Helder; ARAÚJO, Marcelo Labanca Corrêa de. Princípio da simetria e o processo legislativo estadual: em busca da autonomia perdida. **Revista da Advocacia do Poder Legislativo**, Brasília, jan./dez. 2020. 11-34.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando. **Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2021.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE , v. Cadernos MARE da reforma do estado; v.3, 1997.

PINKER, Steven. **O novo iluminismo: em defesa da razão, da ciência e do humanismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

PINTO, Élide Graziane. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação uma perspectiva constitucional**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

PIRES, Breno. Farra ilimitada. **Piauí**, jul 2022.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2017. 255-276.

PORTO ALEGRE. **Lei n. 11.062**, Porto Alegre, 6 abr. 2011.

PORTO ALEGRE. **Decreto n. 20.239**, Porto Alegre, 26 abril 2019.

PORTO ALEGRE. **Emenda à L.O. n. 46**, Porto Alegre, 14 ago 2019a.

PORTO ALEGRE. **Decreto n. 20.625**, Porto Alegre, 23 junho 2020.

PORTO ALEGRE. **Lei n. 12.827**, Porto Alegre, 6 maio 2021.

PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Saúde. DOPA - Edital 002/2022 – Decisão Administrativa no processo 21.0.000130423-0**, Porto Alegre, 8 dez. 2022. Disponível em: <<https://dopaonlineupload.procempa.com.br>>. Acesso em: 29 maio 2023.

RAMOS, Dora Maria de Oliveira. **Terceirização na administração pública**. São Paulo: LTr, 2001.

RANGEL, Leonardo Alves *et al.* Conquistas, desafios e perspectivas da previdência social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988. In: TABOZA, Cida; FAGUNDES, Jane; OKI, Fábio (Coords.). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Série Vinte Anos da Constituição Federal**. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, v. 1 n. 17, 2009. Cap. 3, p. 41-94.

REDDINGS, S. et al. Policies and new reforms to address the sustainability of the National Health Service and Adult Social Care in England. In: ANALYSIS, C. T. E. **The Sustainability of Health Care Systems in Europe**. [S.l.]: Emerald Publishing Limited, 2021.

RIBEIRO, Marcelo G. Votação de mais de seis horas foi marcada por troca de acusações entre os vereadores da Capital. **Jornal do Comércio**, Porto Alegre, 15 fev. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Tribunal de Justiça - Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 70046726287**, Porto Alegre.

RIO GRANDE DO SUL. **Tribunal de Justiça - 10ª Vara da Fazenda Pública do Foro Central - Processo 001/1.14.0064386-5 (CNJ 0080196-07.2014.8.21.0001) Incidentes processuais e outros processos em apenso.** Requerente: Município de Porto Alegre, Requerido: MP., Porto Alegre.

RIO GRANDE DO SUL. **Tribunal de Justiça – 4ª Câmara Cível de Porto Alegre. Processo n. 5063759-42.2020.8.21.7000,** Porto Alegre.

RIO GRANDE DO SUL. **Tribunal de Justiça - Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 70046726287,** Proponente: ABRASUS e outros. Requerido: Município de Porto Alegre e Câmara Municipal de Porto Alegre, 17 jun. 2013.

SAGASTUME, Mariana Helcias Côrtes Gonzaga *et al.* Orçamento impositivo: a experiência da saúde. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, 22, n. 72, maio/ago. 2017. 254-277.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha; CAMPOS, Thiago Lopes Cardoso. **Contratualização no SUS: Principais conceitos e modelos de contratualização de desempenho institucional no Sistema único de Saúde.** Curitiba: CRV, 2021.

SANDEL, Michael J. **O que o dinheiro não compra: os limites morais do mercado.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 48 N° 3, jul./set. 2008.

SANTANA, Jair Eduardo *et al.* **Lei da parcerias: Lei N° 13.019/2014 - comentários de prática para implantação.** 2ª. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

SANTOS, Lenir; CARVALHO, Guido Ivan de. **SUS: comentários à Lei Orgânica da Saúde.** Campinas: Saberes Editora, 2018.

SANTOS, Núbia Cristina Barbosa; GASPARINI, Carlos Eduardo. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, jan.-abr. 2020. 339-396.

SANTOS, Rodrigo Valgas dos. **Direito Administrativo do Medo: Risco e fuga da responsabilização dos agentes públicos.** São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2022.

SARLET, Ingo W. Comentários ao art. 196; SARLET, Ingo W. (Coords.). *In: CANOTILHO, J. J. G.; MENDES, G. F.; STRECK, L. L. Comentários à Constituição do Brasil.* 1. ed. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 1925-1937.

SARLET, Ingo W. Comentários ao art. 197; SARLET, Ingo W. (Coords.). *In: CANOTILHO, J. J. G., et al. Comentários à Constituição do Brasil.* 1ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 1937-1938.

SARLET, Ingo W. Comentários ao art. 198; SARLET, Ingo W. (Coords.). *In: CANOTILHO, J. J. G., et al. Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Almedina, 2013. p. 1938-1942.

SARLET, Ingo W. Comentários ao art. 6º. *In: CANOTILHO, J. J. G.; MENDES, G.; SARLET, I. W. (Coords.). Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 533-548.

SARLET, Ingo W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. rev. e atual. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SCHEFFER, Mario; BAHIA, Ligia. A saúde nos programas de governo dos candidatos a presidente da República do Brasil nas eleições de 2014: notas preliminares para o debate. **Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História - UFJF**, 2, n. 3, jan./jun. 2016a.

SCHULZE, Clênio; GEBRAN NETO, João Pedro. **Direito à saúde**: análise à luz da judicialização. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2016.

SILVA, Danny Monteiro da. **Terceirização na administração pública como instrumento estratégico de gestão**. Curitiba: Juruá, 2014.

SIQUEIRA, Carlos Eduardo Gomes; BORGES, Fabiano Tonaco. Inventando o reinventado: as organizações sociais de saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser-Pereira. *In: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Ligia (Coords.). Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público de saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 17-36.

SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Organizações sociais e privatização da saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o terceiro setor. *In: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. D. A.; BAHIA, L (Coords.). Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde*. São Paulo : Hucitec, 2018. p. 37-65.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde**: componentes, diretrizes e políticas públicas. 1ª. ed. São Paulo : Érica, 2014.

SOUZA, Natale Oliveira de (Coord.). **Legislação do SUS**: esquematizada e comentada. 3ª. ed. Salvador: SANAR, 2019.

STORTO, Paula Raccanello. A incidência do Direito Público sobre as Organizações da Sociedade Civil sem fins lucrativos. *In: DI PIETRO, M. S. Z. O. Direito privado administrativo*. São Paulo: Atlas, 2013. p. 362-375.

SUNDFELD, Carlos Ari. Guia Jurídico das Parcerias Público-Privadas. *In: SUNDFELD, C. A. (Org.). Parcerias Público-Privadas*. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2011. p. 17-46.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamentos de Direito Público**. 5ª. ed. São Paulo: Malheiros, 2014.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Direito administrativo: o novo olhar da LINDB**. Belo Horizonte: Fórum, 2022.

SUNDFELD, Carlos Ari; JURKSAITIS, Guilherme Jardim. O que Melhorar no Direito Brasileiro quanto à Estrutura de Gestão Pública? *In*: NETO, F. D. A. M., *et al.* **Direito e Administração Pública: Estudos em homenagem à Maria Sylvia Zanella di Pietro**. São Paulo: Atlas, 2013. p. 33-55.

TURINO, Fabiana *et al.* Seguindo o dinheiro: análise dos repasses financeiros do Município do Rio de Janeiro. Brasil, para as organizações sociais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, 38, n. Suppl 2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00350020>>. Acesso em: 16 dez 2022.

TURINO, Fabiana; SODRÉ, Francis. Organizações sociais de saúde financiadas por emendas parlamentares. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 16 n.3, set./dez. 2018. 1.201-1.219.

TURINO, Fabian; SODRÉ, Francis; BAHIA, Ligia. A dupla certificação na saúde: a articulação política entre as instituições filantrópicas e as organizações sociais de saúde. *In*: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. D. A.; BAHIA, L (orgs.). **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 66-87.

VACCARO, Stefania Becattini; GOMES, Thaís dos Santos. **Terceirização da Gestão na Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

VALENTE, Victor Dias; SILVA, Wanise Cabral. A responsabilidade do administrador público na contratação via organizações da sociedade civil. *In*: ZAGANELLI, M. V., *et al.* **Gestão Pública: responsabilidades e desafios contemporâneos - estudos interdisciplinares**. Paracatu: CENBEC/FINOM, 2018.

VERONESE, Alexandre. **Reforma do Estado e Organizações Sociais: experiência de sua implementação do Ministério da Ciência e Tecnologia**. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

WEBER, M. **Economia e sociedade: Fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, v. 2, 1999.

ZAGANELLI, Juliana Costa; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. O desafio da transparência pública na contratação de organizações sociais de saúde. p. 89-114. *In*: SODRÉ, Francis; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo; BAHIA, Ligia (orgs.). **Organizações sociais: agenda política e os custos para o setor público da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018.

ZIMMER JÚNIOR, Aloísio. **Corrupção e improbidade administrativa: cenários de risco e a responsabilização dos agentes públicos municipais.** São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018.

APÊNDICE A

Rol das Unidades de Saúde de Porto Alegre e vinculação

Unidades de Saúde		CNES	EMERGENCIAL	CHAMAMENTO
			Vínculo	Vínculo
1	CF Álvaro Difini	433594	HVN	HVN
2	CF Campo da Tuca	8006865	SSDP	SSDP
3	CF Diretor Pestana	2264374	SANTA CASA	SANTA CASA
4	CF IAPI	6883303	PRÓPRIA	PRÓPRIA
5	CF José Mauro Ceratti Lopes	2264404	HVN	HVN
6	CF Moab Caldas	6883184	SSDP	IB SAUDE
7	CF Modelo	2264390	PRÓPRIA	PROPRIA
8	CF Morro Santana	2237792	SANTA CASA	SSDP
9	CF Primeiro de Maio	2264986	SSDP	IB SAUDE
10	ECR Alvaro Difini	433594	HVN	HVN
11	CF/ECR Centro (Santa Marta)	6883354	SANTA CASA	IB SAUDE
12	ECR Navegantes	2264331	SANTA CASA	SANTA CASA
13	Unidade Móvel de APS	9703020	SANTA CASA	IB SAUDE
14	US Alto Erechim	2264943	HVN	HVN
15	US Aparício Borges	2237288	SSDP	IB SAUDE
16	US Asa Branca	2264617	SANTA CASA	SANTA CASA
17	US Assis Brasil	2237245	SANTA CASA	SANTA CASA
18	US Bananeiras	2237369	PRÓPRIA	PROPRIA
19	US Barão de Bagé	2265141	GHC	GHC
20	US Batista Flores	2264900	SANTA CASA	SSDP
21	US Beco do Adelar	2264463	HVN	HVN
22	US Beco dos Coqueiros	2264218	SANTA CASA	SANTA CASA
23	CF Belém Novo	2264471	PRÓPRIA	PROPRIA
24	US Bom Jesus	6883257	SANTA CASA	SSDP
25	US Calábria	2264501	HVN	HVN
26	US Camaquã	2264528	PRÓPRIA	PROPRIA
27	US Campo Novo	2264536	HVN	HVN
28	US Campos do Cristal	2237539	HVN	HVN
29	US Ceres	8006830	SSDP	SSDP
30	US Chácara da Fumaça	2264870	SANTA CASA	SSDP
31	US Chácara do Banco	2264412	HVN	HVN
32	US Chapéu do Sol	7076584	HVN	HVN
33	US Cidade de Deus	2264420	HVN	HVN
34	US Coinma	2265192	GHC	GHC
35	US Conceição	2265168	GHC	GHC

36	US Costa e Silva	2265087	GHC	GHC
37	US Cristal	2237318	SSDP	IB SAUDE
38	US Cruzeiro do Sul	2237326	SSDP	IB SAUDE
39	US Divina Providência	2265184	GHC	GHC
40	US Divisa	3979938	SSDP	IB SAUDE
41	US Domênico Feoli	7449283	SANTA CASA	SANTA CASA
42	US Ernesto Araújo	8006849	SSDP	SSDP
43	US Esmeralda	2264722	SSDP	SSDP
44	US Esperança Cordeiro	5377978	SANTA CASA	SANTA CASA
45	US Estrada dos Alpes	2265028	SSDP	IB SAUDE
46	US Farrapos	2264285	SANTA CASA	SANTA CASA
47	US Floresta	2265109	GHC	GHC
48	US Fradique Vizeu	7049579	SANTA CASA	SANTA CASA
49	Us Glória	2265044	SSDP	IB SAUDE
50	US Graciliano Ramos	2237903	SSDP	IB SAUDE
51	US Guarujá	2693437	HVN	HVN
52	US Herdeiros	2237458	SSDP	SSDP
53	US Ilha da Pintada	2237113	SANTA CASA	SANTA CASA
54	US Ilha do Pavão	6140815	SANTA CASA	SANTA CASA
55	US Ilha dos Marinheiros	2264366	SANTA CASA	SANTA CASA
56	US Indígena Aldeia Kaingang FAG	7675992	SSDP	SSDP
57	US Ipanema	2264544	HVN	HVN
58	US Jardim Carvalho	2237946	SANTA CASA	SSDP
59	US Jardim Cascata	2264951	SSDP	IB SAUDE
60	US Jardim da Fapa	2264196	SANTA CASA	SSDP
61	US Jardim das Palmeiras	2264552	HVN	HVN
62	US Jardim Itu	2265079	GHC	GHC
63	US Jardim Leopoldina	2265125	GHC	GHC
64	US Jardim Protásio Alves	2237954	SANTA CASA	SSDP
65	US Jenor Jarros	2264714	SANTA CASA	SANTA CASA
66	US Lami	2264560	HVN	HVN
67	US Laranjeiras	2264803	SANTA CASA	SSDP
68	US Lomba do Pinheiro	5473810	SSDP	SSDP
69	US Macedônia	2264609	HVN	HVN
70	US Mapa	2237342	SSDP	SSDP
71	US Maria da Conceição Marcelo Martin	2264269	SSDP	SSDP
72	US Mário Quintana	3437159	SANTA CASA	SANTA CASA
73	US Mato Sampaio	2264765	SANTA CASA	SSDP
74	US Milta Rodrigues	2237237	SANTA CASA	SSDP
75	US Monte Cristo	2264579	HVN	HVN

76	US Moradas da Hípica	8013632	HVN	HVN
77	US Morro da Cruz	8006873	SSDP	SSDP
78	US Morro dos Sargentos	2264439	HVN	HVN
79	CF Navegantes	2264331	SANTA CASA	SANTA CASA
80	US Nonoai	2265001	HVN	HVN
81	US Nossa Senhora Aparecida	2265206	GHC	GHC
82	US Nossa Senhora das Graças	3306453	SSDP	IB SAUDE
83	US Nossa Senhora de Belém	6130917	SSDP	IB SAUDE
84	US Nova Brasília	2264633	SANTA CASA	SANTA CASA
85	US Nova Gleba	2264641	SANTA CASA	SANTA CASA
86	US Núcleo Esperança	7497547	HVN	HVN
87	US Osmar Freitas	2237512	SSDP	IB SAUDE
88	US Panorama	5878632	SSDP	SSDP
89	US Parque dos Maias	2265095	GHC	GHC
90	US Passo das Pedras I	2265214	SANTA CASA	SANTA CASA
91	US Passo das Pedras II	2264250	SANTA CASA	SANTA CASA
92	US Paulo Ávila	7517904	HVN	HVN
93	US Paulo Viaro	6676227	HVN	HVN
94	US Pitíngua	2264749	HVN	HVN
95	US Pitoresca	2237482	SSDP	SSDP
96	US Ponta Grossa	2264455	HVN	HVN
97	US Quinta Unidade	2264234	HVN	HVN
98	US Ramos	2264706	SANTA CASA	SANTA CASA
99	US Recreio da Divisa	2237350	SSDP	SSDP
100	US Restinga	2264587	HVN	HVN
101	US Rincão	5007518	SSDP	IB SAUDE
102	US Rubem Berta	2264862	SANTA CASA	SANTA CASA
103	US Safira Nova	2237911	SANTA CASA	SSDP
104	US Santa Anita	2264935	SSDP	IB SAUDE
105	US Santa Cecília	2264382	HCPA	HCPA
106	US Santa Fé	3321428	SANTA CASA	SANTA CASA
107	US Santa Helena	5473764	SSDP	SSDP
108	US Santa Maria	3321401	SANTA CASA	SANTA CASA
109	US Santa Marta	6883354	SANTA CASA	SANTA CASA
110	US Santa Rosa	2264692	SANTA CASA	SANTA CASA
111	US Santa Tereza	2264315	SSDP	IB SAUDE
112	US Santíssima Trindade	2265176	GHC	GHC
113	US Santo Agostinho	3927997	SANTA CASA	SANTA CASA
114	US Santo Alfredo	8006903	SSDP	SSDP
115	US São Borja	2237423	SANTA CASA	SANTA CASA
116	US São Carlos	2264838	SSDP	SSDP

117	US São Cristóvão	2264854	SANTA CASA	SANTA CASA
118	US São Gabriel	2264226	SSDP	IB SAUDE
119	US São José	2237377	SSDP	SSDP
120	US São Pedro	2264730	SSDP	SSDP
121	US São Vicente Mártir	2264447	HVN	HVN
122	US Sarandi	2264684	SANTA CASA	SANTA CASA
123	US SESC	2265133	GHC	GHC
124	US Tijuca	2237733	SANTA CASA	SSDP
125	US Timbaúva	2237210	SANTA CASA	SSDP
126	CF Tristeza	2264595	HVN	HVN
127	US Viçosa	2264757	SSDP	SSDP
128	US Vila Brasília	2264773	SANTA CASA	SSDP
129	US Vila Cruzeiro	2265036	SSDP	IB SAUDE
130	US Vila Elizabeth	2264676	SANTA CASA	SANTA CASA
131	US Vila Fátima	7150547	PUC	PUC
132	US Vila Ipiranga	2264811	SANTA CASA	SANTA CASA
133	US Vila Jardim	2264846	SANTA CASA	SSDP
134	US Vila Nova Ipanema	6247938	HVN	HVN
135	US Vila Pinto	2264781	SANTA CASA	SSDP
136	US Vila Safira	2264889	SANTA CASA	SSDP
137	ECR GHC	7533446	GHC	GHC
138	US Vila Vargas	8006822	SSDP	SSDP
139	US Wenceslau Fontoura	2264897	SANTA CASA	SSDP

Fonte: CNES e site da prefeitura municipal de Porto Alegre

APÊNDICE B

Rol de emendas parlamentares de 2019 a 2022 repassadas por termos de fomento por intermédio da SMS do município de Porto Alegre

	Termo	Emenda		Beneficiário	Valor	Status
1	76.210	Emenda n. 277/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 30.000,00	Em exec
2	76.209	Emenda n. 292/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 70.000,00	Em exec
3	76.208	Emenda n. 301/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 640.278,00	Em exec
4	76.433	Emenda n. 312/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 7.833,00	Em exec
5	76.289	Emenda n. 464/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 200.000,00	Em exec
6	76.200	Emenda n. 473/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 26.000,00	Em exec
7	76.258	Emenda n. 508/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 161.051,00	Em exec
8	76.290	Emenda n. 1008/2021	vereador	PUC-Hosp	R\$ 53.913,00	Em exec
9	76.357	Emenda Fed Bancada	senador	PUC-Hosp	R\$ 1.100.000,00	Em exec
10	76.332	Emenda Fed Bancada	deputado	PUC-Hosp	R\$ 1.500.000,00	Em exec
11	76.539	Emenda Fed Indiv	deputado	PUC-Hosp	R\$ 400.000,00	Em exec
12	79.089	Emenda n. 108/2022	vereador	PUC-Hosp	R\$ 50.000,00	Em exec
13	79.088	Emenda n. 189/2022	vereador	PUC-Hosp	R\$ 23.000,00	Em exec
14	79.090	Emenda n. 789/2022	vereador	PUC-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
15	81.839	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 30.000,00	Em exec
16	80.823	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 41.000,00	Em exec
17	80.924	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 100.000,00	Em exec
18	80.012	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 40.000,00	Em exec
19	79.954	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 130.000,00	Em exec
20	80.010	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 184.500,00	Em exec
21	80.900	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 100.000,00	Em exec
22	80.107	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 39.000,00	Em exec
23	80.011	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 40.000,00	Em exec
24	80.834	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 15.000,00	Em exec
25	80.837	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 35.000,00	Em exec
26	80.093	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-APS	R\$ 20.000,00	Em exec
27	79.640	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-Hosp	R\$ 100.000,00	Aprovada
28	80.899	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-Hosp	R\$ 50.000,00	Em exec
29	80.139	Emenda Impositiva	vereador	SSDP-Hosp	R\$ 70.000,00	Em exec
30	76.432	Emenda Fed Relat.	deputado	SSDP-Hosp	R\$ 600.000,00	Aprovada
31	76.204	Emenda n. 106/2021	vereador	SSDP-Hosp	R\$ 100.000,00	Aprovada
32	76.311	Emenda n. 524/2021	vereador	SSDP-Hosp	R\$ 200.000,00	Aprovada
33	78.879	Emendas impositivas (5)	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 540.000,00	Em exec
34	69.675	Emenda		Santa Casa-Hosp	R\$ 50.000,00	Aprovada
35	78.899	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 14.066,00	Em exec

36	79.922	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 30.273,00	Em exec
37	79.628	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 94.274,00	Em exec
38	79.179	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 47.000,00	Em exec
39	79.923	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 36.273,00	Em exec
40	79.924	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 32.000,00	Aprovada
41	79.178	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 66.740,00	Aprovada
42	79.083	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 14.118,00	Aprovada
43	78.991	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 10.050,00	Em exec
44	79.549	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 52.000,00	Aprovada
45	76.644	Emenda n. 315/2021	vereador	Pacto-POA	R\$ 112.075,00	Aprovada
46	79.082	Emenda Impositiva	vereador	Pacto-POA	R\$ 45.000,00	Em exec
47	76.768	Emenda Impositiva	vereador	PIA Marta e Maria	R\$ 60.000,00	Em exec
48	76.025	Emenda n. 317/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 150.000,00	Em exec
49	75.944	Emenda n. 347/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 150.000,00	Em exec
50	75.261	Emenda n. 465/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 238.500,00	Em exec
51	76.151	Emenda n. 470/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 465.000,00	Em exec
52	76.206	Emenda n. 491/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 640.277,00	Em exec
53	76.431	Emenda n. 501/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
54	75.978	Emenda n. 543/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
55	75.933	Emenda n. 544/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
56	76.142	Emenda n. 665/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 90.000,00	Em exec
57	76.026	Emenda n. 1017/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 53.913,00	Em exec
58	76.144	Emenda n. 1032/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 34.000,00	Em exec
59	70.910	Emenda Fed Indiv	deputado	Santa Casa-Hosp	R\$ 200.000,00	Aprovada
60	76.430	Emenda Fed Bancada	deputado	Santa Casa-Hosp	R\$ 1.000.000,00	Em exec
61	76.458	Emenda Fed Bancada	deputado	Santa Casa-Hosp	R\$ 500.000,00	Em exec
62	76.459	Emenda Fed Indiv	deputado	Santa Casa-Hosp	R\$ 500.000,00	Em exec
63	76.456	Emenda Fed Indiv	deputado	Santa Casa-Hosp	R\$ 1.400.000,00	Em exec
64	76.484	Emenda Fed Indiv	deputado	Santa Casa-Hosp	R\$ 150.000,00	Em exec
65	78.985	Emenda n. 185/2022	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 150.000,00	Em exec
66	78.982	Emenda Impositiva	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 150.000,00	Em exec
67	78.981	Emenda Impositiva	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 34.500,00	Em exec
68	78.978	Emenda Impositiva	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 80.000,00	Em exec
69	78.980	Emenda Impositiva	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 240.000,00	Em exec
70	78.984	Emenda Impositiva	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 80.000,00	Em exec
71	79.921	Emendas impositivas (5)		Santa Casa-Hosp	R\$ 540.000,00	Em exec
72	76.300	Emenda n. 1021/2021	vereador	IB-Saúde	R\$ 25.000,00	Em exec
73	79.943	Emenda Impositiva	vereador	IC Diabetes	R\$ 146.000,00	Aprovada
74	79.183	Emenda Impositiva	vereador	IC Diabetes	R\$ 100.000,00	Em exec
75	79.436	Emenda Impositiva	vereador	IC Diabetes	R\$ 50.000,00	Aprovada

76	81.033	Emenda Impositiva	vereador	Inst Mama RS	R\$ 165.000,00	Em exec
77	81.130	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 8.393,16	Em exec
78	75.391	Emenda n. 1010/2021	vereador	IC Infantil	R\$ 26.957,00	Aprovada
79	77.421	Emenda n.241/2021	vereador	IC Infantil	R\$ 100.000,00	Em exec
80	78.737	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 5.000,00	Aprovada
81	78.840	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 30.000,00	Em exec
82	78.841	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 110.000,00	Em exec
83	78.843	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 50.000,00	Em exec
84	78.844	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 50.000,00	Em exec
85	78.738	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 100.000,00	Em exec
86	77.811	Emenda Fed Indiv	deputado	IC Infantil	R\$ 23.777,00	Em exec
87	78.845	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 86.273,00	Em exec
88	78.842	Emenda Impositiva	vereador	IC Infantil	R\$ 50.000,00	Em exec
89	76.392	Emenda n. 114/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 320.139,00	Em exec
90	76.024	Emenda n. 160/2021	vereador	Santa Casa-Hosp	R\$ 300.000,00	Em exec
91	76.473	Emenda n. 45/2021	vereador	CEREPAL	R\$ 30.000,00	Em exec
92	76.083	Emenda Fed Bancada	senador	IC-FUC-Hosp	R\$ 1.000.000,00	Em exec
93	76.081	Emenda Fed Bancada	deputado	IC-FUC-Hosp	R\$ 2.500.000,00	Em exec
94	76.082	Emenda Fed Bancada	deputado	IC-FUC-Hosp	R\$ 1.500.000,00	Em exec
95	76.298	Emenda Fed Indiv	deputado	IC-FUC-Hosp	R\$ 500.000,00	Em exec
96	69.314	Emenda	-	IC-FUC-Hosp	R\$ 1.000.000,00	Aprovada
97	69.313	Emenda	-	IC-FUC-Hosp	R\$ 5.000.000,00	Aprovada
98	69.312	Emenda	-	IC-FUC-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
99	81.032	Emenda Impositiva	vereador	Grupo pac artrit	R\$ 10.000,00	Em exec
100	75.163	Emenda Parl Ind	vereador	HEPA	R\$ 100.000,00	Aprovada
101	76.538	Emenda Fed Indiv	deputado	HEPA	R\$ 100.000,00	Aprovada
102	78.986	Emenda Impositiva	vereador	HEPA	R\$ 136.274,00	Aprovada
103	78.987	Emenda Impositiva	vereador	HEPA	R\$ 100.000,00	Aprovada
104	75.815	Emenda n. 233/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 3.500,00	Em exec
105	75.805	Emenda n. 234/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 25.000,00	Em exec
106	76.006	Emenda n. 235/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 48.500,00	Em exec
107	75.916	Emenda n. 239/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
108	75.912	Emenda n. 295/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 7.833,00	Em exec
109	76.021	Emenda n. 297/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
110	75.804	Emenda n. 350/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 158.000,00	Em exec
111	76.022	Emenda n. 357/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 444.000,00	Em exec
112	75.917	Emenda n. 466/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 200.000,00	Em exec
113	75.908	Emenda n. 475/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 51.388,00	Em exec
114	75.814	Emenda n. 526/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 180.000,00	Em exec
115	76.449	Emenda n. 565/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 544.000,00	Em exec
116	75.909	Emenda n. 567/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 100.000,00	Em exec
117	76.023	Emenda n. 660/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 455.000,00	Em exec
118	76.391	Emenda n. 661/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 460.000,00	Em exec
119	75.808	Emenda n. 1034/2021	vereador	Vila Nova-Hosp	R\$ 53.913,00	Em exec

120	76.199	Emenda n. 105/2021 e 495	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 540.000,00	Em exec
121	75.801	Emenda n. 153/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 80.000,00	Em exec
122	75.796	Emenda n. 236/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
123	75.802	Emenda n. 316/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 150.000,00	Em exec
124	76.207	Emenda n. 348/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 110.230,00	Em exec
125	76.145	Emenda (5)	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 149.753,00	Em exec
126	68.994	Emenda Fed Indiv	deputado	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
127	79.059	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 62.000,00	Em exec
128	78.983	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 194.274,00	Em exec
129	78.979	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-PASM		R\$ 40.000,00	Em exec
130	79.023	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 36.000,00	Em exec
131	79.021	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 50.000,00	Em exec
132	79.057	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
133	78.018	Emenda Parl Bancada	senador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
134	77.995	Emenda Parl Ind	deputado	Vila Nova-HRES		R\$ 500.000,00	Em exec
135	77.953	Emenda Parl Ind	deputado	Vila Nova-HRES		R\$ 250.000,00	Em exec
136	75.976	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-HRES		R\$ 100.000,00	Em exec
137	76.591	Emenda Fed Bancada	deputado	Vila Nova-Hosp		R\$ 300.000,00	Em exec
138	76.654	Emenda Fed Bancada	deputado	Vila Nova-Hosp		R\$ 250.000,00	Em exec
139	76.483	Emenda Fed Indiv	deputado	Vila Nova-Hosp		R\$ 250.000,00	Em exec
140	76.618	Emenda Fed Indiv	deputado	Vila Nova-Hosp		R\$ 150.000,00	Em exec
141	76.462	Emenda Fed Indiv	deputado	Vila Nova-Hosp		R\$ 46.223,00	Em exec
142	76.020	Emenda n.46/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 70.278,00	Em exec
143	75.807	Emenda n.100/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 648.111,00	Em exec
144	75.813	Emenda n.138/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
145	75.809	Emenda n.154/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 80.000,00	Em exec
146	75.915	Emenda n.208/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 98.555,00	Em exec
147	75.811	Emenda n.211/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 220.000,00	Em exec
148	75.812	Emenda n.232/2021	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 164.000,00	Em exec
149	76.143	Emenda Parl Ind	vereador	AMURTEL		R\$ 100.000,00	Em exec
150	76.309	Emenda Fed Bancada	deputado	HBO		R\$ 500.000,00	Aprovada
151	75.131	Emenda Parl Ind	vereador	HBO		R\$ 210.000,00	Aprovada
152	75.969	Emenda n. 240/2021	vereador	HBO		R\$ 619.060,00	Aprovada
153	69.832	Emenda		HBO		R\$ 200.000,00	Aprovada
154	80.315	Emenda Parl Ind	deputado	HBO		R\$ 347.655,00	Em exec
155	80.091	Emenda Impositiva	vereador	HBO		R\$ 100.000,00	Aprovada
156	80.150	Emenda Impositiva	vereador	HBO		R\$ 100.000,00	Em exec
157	79.222	Emenda Federal	deputado	HBO		R\$ 200.000,00	Em exec
158	79.024	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 185.000,00	Em exec
159	79.039	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
160	79.060	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 150.000,00	Em exec
161	79.038	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
162	79.055	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 100.000,00	Em exec
163	79.053	Emenda Impositiva	vereador	Vila Nova-Hosp		R\$ 236.000,00	Em exec
Total valor de emendas Saúde Porto Alegre 2019-2022						R\$ 39.647.720,16	

Fonte: Portal de transparência do SGP, os valores são os da coluna “Valor Total Concedido”, havia outros valores sob a rubrica “Execução de Saldo Final” que não foram postos no rol da tabela, disponível em: <https://sgp-admin.procempa.com.br>. Acessado em 27 de maio de 2023.

Legenda das instituições: PUC-Hosp – Hospital São Lucas da PUC; SSDP-APS – Sociedade Sulina Divina Providência – uma das OS que gerencia unidades da Atenção Primária à Saúde, SSDP-Hosp – Sociedade Sulina Divina Providência mantenedora do Hospital Independência; Santa Casa-Hosp – Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; PACTO-POA – Programa de Auxílio C. T. de Porto Alegre; Pia Marta e Maria – Pia União das Irmãs da Copiosa Redenção; Instituição Brasileira - ; IC Diabetes – Instituto da Criança com Diabetes; Inst Mama RS – Instituto de Mama do Rio Grande do Sul; CEREPAL – Centro de Reabilitação de Porto Alegre; IC-FUC-Hosp – Fundação Universitária de Cardiologia ; AMURTEL – Associação Beneficente de Amurt; Grupo pac artrite – Grupo de Pacientes Artríticos de Porto Alegre; HEPA – Hospital Espírita de Porto Alegre; Vila Nova-Hosp – Associação Hospitalar Vila Nova; Vila Nova-PASM – Associação Hospitalar Vila Nova mantenedora do Pronto Atendimento de Saúde Mental do IAPI; HBO – Associação de Literatura e Beneficência (Hospital Banco de Olhos); Vila Nova-HRES – Associação Hospitalar Vila Nova mantenedora do Hospital da Restinga e Extremo Sul.

APÊNDICE C

Emendas parlamentares em maior quantitativo e valor de 2019 até 2022 no SGP em relação ao total

Instituição	qtde.	%	valor	%
1 Santa Casa-Hosp	28	17%	R\$ 8.594.829,00	22%
2 PUC-Hosp	14	9%	R\$ 4.362.075,00	11%
3 SSDP-APS	12	7%	R\$ 774.500,00	2%
4 SSDP-Hosp	6	4%	R\$ 1.220.000,00	3%
5 PACTO-POA	12	7%	R\$ 735.234,00	2%
6 IC-FUC-Hosp	7	4%	R\$ 11.600.000,00	29%
7 Vila Nova-Hosp	35	21%	R\$ 7.951.558,00	20%
8 Vila Nova-HRES	3	2%	R\$ 850.000,00	2%
9 HBO	8	5%	R\$ 2.276.715,00	6%
Totais	125	77%	R\$ 38.364.911,00	97%

Fonte: SGP – os percentuais levaram em conta os denominadores totais de 163 emendas e valor de R\$ 39.647.720,16. No apêndice B, ao final a lista completa e os respectivos valores.