

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM
REDE NACIONAL – PROFIAP

LORRAYNE PALHARES MINGUIM

ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS
EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO

UBERABA
2025

LORRAYNE PALHARES MINGUIM

ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS
EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha

UBERABA
2025

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

M619a Minguim, Lorryne Palhares
Análise do processo de formalização da contratualização no SUS em um
município do Triângulo Mineiro / Lorryne Palhares Minguim. -- 2025.
122 p. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública em
Rede Nacional) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba,
MG, 2025
Orientadora: Profa. Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha

1. Sistema Único de Saúde. 2. Hospitais - Uberaba (MG). 3. Contratos.
I. Rocha, Jesislei Bonolo do Amaral. II. Universidade Federal do Triângulo
Mineiro. III. Título.

CDU 614.2

LORRAYNE PALHARES MINGUIM

**ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMALIZAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO NO SUS
EM UM MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional – PROFIAP, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Uberaba, 23 de abril de 2025

Banca Examinadora:

Dra. Jesislei Bonolo do Amaral Rocha – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Rafael Gomes Ditterich
Universidade Federal do Paraná

Dra. Anna Cláudia dos Santos Nobre
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Documento assinado eletronicamente por **JESISLEI BONOLO DO AMARAL ROCHA**, **Coordenador(a) do Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública Substituto(a)**, em 23/04/2025, às 10:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) e no art. 34 da [Portaria Retoria/UFTM nº 215, de 16 de julho de 2024](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANNA CLAUDIA DOS SANTOS NOBRE**, **Usuário Externo**, em 05/05/2025, às 20:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) e no art. 34 da [Portaria Retoria/UFTM nº 215, de 16 de julho de 2024](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafael Gomes Ditterich**, **Usuário Externo**, em 06/05/2025, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#) e no art. 34 da [Portaria Retoria/UFTM nº 215, de 16 de julho de 2024](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_confert&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1495183** e o código CRC **21064E04**.

AGRADECIMENTOS

Gratidão, primeiramente, a Deus, por todas as bênçãos e desafios recebidos que me fizeram crescer e continuar tentando ser uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Sergio e Alessandra, que não mediram esforços para que os filhos tivessem uma boa criação, priorizando a educação, dando conselhos de vida e palavras de sabedoria.

Ao meu esposo, Ricardo, por caminhar junto, e mesmo após um dia árduo na fazenda, ser um parceiro acalentador em meio a minha rotina apressada.

As minhas alegres filhas, Helena e Maria Clara, que mesmo sendo tão novas, entendiam que a mamãe tinha que sair, ou que estava lendo, e vivia rodeada de papéis e canetas. Mamãe ama vocês!

Aos meus colegas de trabalho, Amanda, Mirian e Alberto, pela paciência e por ouvirem sobre o que eu estava fazendo, Luísa, pelo apoio e livros emprestados, Roberta, pelas valiosas dicas de uma pós doutora, Cecílio, por me avisar sobre as inscrições no Programa de Mestrado, Fernanda (e também professora) pelo auxílio metodológico. A minha diretora, Eunice, pela compreensão e colaboração para eu pudesse realizar as disciplinas.

Aos servidores da UFTM, em especial, minha orientadora Jesislei, pelos seus ensinamentos e conselhos.

A minha maravilhosa turma de mestrado, foi enriquecedor aprender com cada um de vocês, e compartilhar experiências e vivências tão ricas e agregadoras.

Por fim, minha imensa gratidão a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Além da graduação, fiz mestrado em matemática. Só não fiz doutorado porque acho o título de mestre muito mais legal que o de doutor. O mestre tem súditos, já o doutor tem pacientes: um catarrento, outro leproso... Prova que mestre é mais legal é que as grandes figuras são mestres. O Yoda é mestre Yoda, não doutor Yoda. Mestre Splinter, Mestre dos Magos, tudo mestre. Quem é doutor? Doutor Hollywood. Doutor Dolittle. Não sei vocês, mas eu acho melhor ter poderes Jedi do que falar com uma arara. O título de mestre tinha que vir depois do doutor. Ou então vem primeiro mestre e depois algo mais foda, sei lá, Senhor Imperador do Universo Triunfal [...], ou algo mais foda ainda: Brad Pitt. Eu queria ter o título de Brad Pitt. – Oi, você faz o quê? – Sou Brad Pitt em economia.” (Autor desconhecido).

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a formalização do processo, os setores envolvidos e os instrumentos formais de contratualização do Sistema Único de Saúde celebrados entre os Hospitais e o município de Uberaba, em consonância com as normativas legais aplicáveis. Trata-se de estudo decorrente de pesquisa qualitativa, com busca ativa nos termos dos instrumentos formais de contratualização hospitalar, bem como, informações disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Uberaba e outros registros relevantes relacionados à contratualização no âmbito do SUS, no período de julho a novembro de 2024. Foi utilizada a metodologia de estudo de caso baseada no cientista social Robert K. Yin, no qual idealizou-se um protocolo para a condução da análise das contratualizações hospitalares do SUS vigentes no município de Uberaba. Os resultados numéricos foram organizados em tabelas e gráficos descritivos, de acordo com o conteúdo analisado, e os nomes dos hospitais foram identificados por códigos alfanuméricos (H1, H2). A pesquisa também incluiu a análise de portarias e decretos municipais, além da consulta a comissões relacionadas ao processo de contratualização hospitalar. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM). A partir dos resultados obtidos, foi possível verificar contratualizações do Sistema Único de Saúde, em vigor, com sete hospitais no Município. Constatou-se que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba realiza o intermédio na formalização da contratualização no SUS entre o Município e os Hospitais, por meio da Diretoria de Regulação. Neste estudo, foi possível visualizar que a maior parte da rede de hospitais contratualizados no município são constituídos de entidades privadas, sem fins lucrativos por meio de termos formais (contratos/convênios). Averiguou-se uma maior cautela quanto a vigência dos termos formais do que dos documentos descritivos. No financiamento hospitalar, há a predominância da orçamentação parcial, constituídas, em sua maioria, de verbas pré-fixadas, sendo 70% dos recursos subsidiados pela União. Observou-se, também, que o instrumento de contratualização hospitalar que atendeu plenamente todos os itens previstos nas normativas aplicáveis, foi o instrumento mais recente celebrado pelo Município de Uberaba. Neste sentido, é preciso melhorar as práticas de gestão da contratualização, diminuindo os riscos de interrupção dos serviços hospitalares e garantindo que não ocorra desassistência à população. Contudo, foi verificado no município, um aperfeiçoamento contínuo nos instrumentos formais de contratualização, indicando um desenvolvimento no planejamento desses instrumentos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; hospitais; municípios; contratualização; relatos de casos.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the formalization of the process, the sectors involved and the formal contractualization instruments of the Unified Health System signed between the hospitals and the municipality of Uberaba, in line with the applicable legal regulations. This study is the result of qualitative research, with an active search for the terms of the formal hospital contractualization instruments, as well as information available on the National Register of Health Establishments - CNES, the Uberaba City Hall website and other relevant records related to contractualization within the SUS, from July to November 2024. The case study methodology based on the social scientist Robert K. Yin was used, in which a protocol was devised for conducting the analysis of the SUS hospital contractualizations in force in the municipality of Uberaba. The numerical results were organized in tables and descriptive graphs, according to the content analyzed, and the names of the hospitals were identified by alphanumeric codes (H1, H2). The research also included the analysis of municipal ordinances and decrees, as well as consultation with committees related to the hospital contractualization process. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of the Triângulo Mineiro (CEP/UFTM). From the results obtained, it was possible to verify the contractualizations of the Unified Health System in force with seven hospitals in the municipality. It was found that the Uberaba Municipal Health Department (SMS) acts as an intermediary in formalizing SUS contracts between the municipality and the hospitals, through the Regulation Department. In this study, it was possible to see that most of the network of contracted hospitals in the municipality are made up of private, non-profit entities through formal terms (contracts/agreements). There was greater caution about the validity of formal terms than of descriptive documents. In hospital financing, there is a predominance of partial budgeting, mostly made up of pre-fixed funds, 70% of which are subsidized by the Federal Government. It was also observed that the hospital contractualization instrument that fully complied with all the items set out in the applicable regulations was the most recent instrument signed by the Municipality of Uberaba. In this sense, it is necessary to improve contractualization management practices, reducing the risk of hospital services being interrupted and ensuring that the population is not left without assistance. However, the municipality has seen a continuous improvement in the formal contractualization instruments, indicating a development in the planning of these instruments.

Keywords: Unified Health System; hospitals; municipalities; contractualization; case reports.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Mudança do formato piramidal para as redes de atenção à saúde	36
Figura 02 – Conselhos de saúde e sua composição	38
Figura 03 – Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde	40
Figura 04 – Consulta de Estabelecimentos de Saúde	59
Figura 05 – Consulta de contratos da Prefeitura de Uberaba no Portal da Transparência	60
Figura 06 – Consulta de convênios da Prefeitura de Uberaba no Portal da Transparência	60
Figura 07 – Microrregião de Saúde de Uberaba.....	67
Figura 08 – Municípios integrantes da rede ampliada de saúde	68
Figura 09 – Estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.....	69
Quadro 01 – Instrumentos utilizados para celebração da contratualização.....	48
Quadro 02 – Protocolo para estudo de caso sobre a condução da análise das contratualizações hospitalares do SUS vigente no município de Uberaba	57
Quadro 03 – Roteiro para coleta de dados das contratualizações hospitalares do SUS e instrumentos formais vigentes em Uberaba.....	60
Quadro 04 – Gabarito para comparação entre os dados coletados nos instrumentos formais e as disposições legais aplicáveis	63
Quadro 05 – Instrumentos contratuais firmados entre Hospitais e o Município de Uberaba...	70
Quadro 06 – Setores da Secretaria Municipal de Saúde que participam da formalização da contratualização entre Hospitais e o Município de Uberaba.	71
Gráfico 01 – Quantitativo repassado anualmente aos hospitais contratualizados	77
Gráfico 02 – Percentual total dos recursos SUS recebidos pelos hospitais do município.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Avaliação de conformidade do termo formal e documento descritivo.....	80
Tabela 02 – Grau de conformidade dos instrumentos contrатаis formalizados entre hospitais e o município de Uberaba	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACO - Ação Civil Originária

ADI - Ação Direta de Inconstitucionalidade

APS - Associação das Pioneiras Sociais

CAC - Comissão de Acompanhamento da Contratualização

CF - Constituição Federal

CG – Conselhos Gestores

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS - Conselhos Municipais de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

CPF – Comprovante de Situação Cadastral

DAJS - Departamento de Assuntos Jurídicos com o SUS

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FMS - Fundo Municipal de Saúde

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LRS - Lei de Responsabilidade Social

MAGI - Modelos Alternativos de Gestão Indireta

MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MP - Ministério Público

MS - Ministério da Saúde

NGP – Nova Gestão Pública

NOB - Norma Operacional Básica

NPM - *New Public Management*

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OS - Organizações Sociais

OSC - Organizações da Sociedade Civil

Oscip - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PIB - Produto Interno Bruto

PNH - Política Nacional de Humanização

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNCP - Portal Nacional de Contratações Públicas

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNR - Política Nacional de Regulação

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PPP - Parceria Público-Privada

PROGER - Procuradoria Geral

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RE - Recurso Extraordinário

SEI - Serviço Eletrônico de Informação

SIOPS – Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TAC - Termo de Ajustamento de Conduta

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos.....	17
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA.....	18
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO.....	19
2.1 REFORMA ADMINISTRATIVA.....	19
2.1.1 Gestão Patrimonialista, Burocrática e Gerencial	20
2.1.2 Descentralização, Publicização dos serviços públicos e o Contrato de Gestão	22
2.1.3 Organizações Sociais – OS	24
2.2 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	28
2.2.1 Complementação dos serviços de saúde	32
2.2.2 Princípios e Diretrizes do SUS.....	33
2.2.3 O Controle Social no Sistema Único de Saúde.....	36
2.2.3.1 Os conselhos de saúde	37
2.2.3.2 As conferências de saúde.....	40
2.3 CONTRATUALIZAÇÃO.....	41
2.3.1 Contratualização no Sistema Único de Saúde.....	42
2.3.2 Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Atenção Hospitalar.....	44
2.3.3 Formalização da Contratualização Hospitalar	47
2.4 FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	51
2.4.1 Repasse dos recursos nas contratualizações.....	53
3 METODOLOGIA	56
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	56
3.2 METODO DE PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	56
3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	57
3.4 ANÁLISE DE DADOS E O PERCURSO METODOLÓGICO	58
3.5 ANÁLISE DE DADOS/ ESTATÍSTICA	64
4 ANÁLISE SITUACIONAL.....	65
4.1 DISCUSSÃO TEÓRICA E SÍNTESE.....	65
4.2 RESULTADO E ANÁLISE DESCRITIVA.....	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82

REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A: Produto Técnico-Tecnológico: Relatório Técnico Conclusivo	92
APÊNDICE B: Formulário PTT Sucupira – Produto Técnico.....	119

1 INTRODUÇÃO

No final da década de 70, o modelo de Estado Keynesiano, caracterizado pela burocracia weberiana e forte intervenção na economia, foi criticado como excessivamente burocrático e inflexível diante da crise mundial (Torres, 2012). Em resposta a esse cenário, surgiu o movimento conhecido como *New Public Management* (NPM) ou administração pública gerencial, que buscava incorporar práticas gerenciais típicas da iniciativa privada à administração pública (Abrucio, 1997).

Uma das estratégias mais amplamente utilizadas no contexto da Nova Gestão Pública (NGP), especialmente entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), é a contratualização. Esse mecanismo tem ganhado destaque por possibilitar a participação de atores privados e unidades descentralizadas na formulação, gestão e execução de políticas públicas (OECD, 2005). Conforme Di Pietro (1996), a contratualização é um instrumento de gestão versátil, aplicável a todos os níveis federativos, envolvendo gestores e instituições. Esse modelo tem sido amplamente empregado, por exemplo, na prestação de serviços de saúde, com resultados significativos em diferentes contextos (Liberatti *et al.*, 2020).

Nesse cenário, a contratualização com prestadores privados, especialmente os filantrópicos, emergiu como alternativa para suprir as deficiências da rede pública de saúde (FIOCRUZ, 2021). A constituição de procedimentos formais de contratualização entre reguladores e prestadores de serviços tornou-se necessária para assegurar a melhoria da saúde da população, com qualidade, além de promover a articulação e integração no funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010a).

No âmbito da saúde pública brasileira a Portaria nº 3.390, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, define a contratualização como um “processo pelo qual as partes, o gestor municipal/estadual do SUS e representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual” (Brasil, 2013). Esses instrumentos de contratualização se configuram como ferramentas essenciais para efetivação da gestão por resultados no âmbito da Administração Pública (Duarte *et al.*, 2006).

A contratualização no SUS segue critérios específicos relacionados à classificação dos hospitais que prestam esses serviços, estabelece metas quantitativas e qualitativas para a gestão hospitalar e prestação de serviços, visando garantir a eficiência na utilização de recursos públicos e assegurar a transparência, disponibilizando informações à população (Brasil, 2010a);

na Regulação da Atenção à Saúde, utiliza o monitoramento de metas e auditorias para garantir maior eficiência no uso dos recursos públicos e maior autonomia na fiscalização (Mânica, 2010).

Nesse contexto, a contratualização hospitalar Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial para a gestão eficiente dos recursos públicos e a garantia da qualidade na prestação dos serviços de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde exerce uma função central nesse processo, sendo responsável por estabelecer e operacionalizar os contratos entre os hospitais e o município. Esse processo é orientado pelo Decreto nº 7.508/2011, que define as competências e responsabilidades dos municípios no cumprimento das metas de saúde pública, além de assegurar uma gestão transparente e eficiente dos recursos (Brasil, 1990; Brasil, 2010a; Brasil, 2011).

A Constituição Federal confere à União a prerrogativa de traçar normas gerais de licitações e contratos administrativos, conforme o artigo 22, inciso XXVII, em alinhamento com o disposto no artigo 37, inciso XXI (Brasil, 1988). Desse modo, o processo de formalização das contratualizações no SUS é orientado pela Lei de Licitações e Contratos Administrativos, em conjunto com as Portarias de Consolidação editadas pelo Ministério da Saúde, que regulamentam os parâmetros e diretrizes para esses instrumentos.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Com o expressivo crescimento de unidades de saúde sob gestão municipal e estadual novas relações e modalidades de prestação de serviços privados foram introduzidas, e, devido diretrizes de descentralização e complementaridade do setor privado no SUS, coube aos gestores locais estabelecerem os contratos que regem a oferta de serviços privados ao SUS, aumentando a responsabilidade do gestor na relação direta com os prestadores privados (FIOCRUZ, 2021).

Na esfera municipal, compete às Secretarias Municipais de Saúde planejar e programar ações e serviços necessários para atender à população, de acordo com a contratualização dos serviços. Também é sua responsabilidade operacionalizar a contratualização de serviços sob gestão municipal, quando não houver capacidade instalada no próprio município, além de estabelecer a contratualização dos hospitais sob sua administração e realizar o monitoramento e a avaliação das metas pactuadas nos instrumentos contratuais (Brasil, 2013).

A temática da contratualização no SUS tem sido objeto de normativas federais que, nos últimos anos, buscam aprimorar a sua aplicação, seja para o cumprimento do regramento que se aplica à administração pública, seja para reforçar a busca por mais eficiência e efetividade ao sistema. É crucial discutir as particularidades da contratualização no SUS, especialmente no que diz respeito aos incentivos financeiros derivados de políticas públicas que visam aprimorar a gestão hospitalar (Brasil, 2013).

Realizar a formalização da contratualização hospitalar de forma ineficiente e/ou morosa pode acarretar diversas consequências, dentre elas, precarização no atendimento aos usuários, falta de transparência e corrupção, ineficácia no uso de recursos públicos, falha na fiscalização, atrasos nos pagamentos e inadimplências, e, até mesmo interrupção dos serviços de saúde.

Diante desse contexto, pretende-se contribuir para aperfeiçoar as práticas de gestão na administração pública municipal, com foco específico na contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As questões que orientam a pesquisa são: Quais são as características das contratualizações hospitalares na gestão pública municipal? Os instrumentos formais utilizados para essas contratualizações entre gestores e hospitais do SUS estão em conformidade com as diretrizes normativas vigentes? Como se desenvolve o processo de formalização das contratualizações hospitalares na gestão pública do município de Uberaba? Quais são as oportunidades de aprimoramento para tornar esse processo mais eficiente e alinhado às normativas aplicáveis?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral consiste em analisar o processo de contratualização no Sistema Único de Saúde entre os hospitais e município de Uberaba, a partir da verificação dos instrumentos formais existentes, dos setores envolvidos e da aderência às normativas legais.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar as contratualizações vigentes celebradas entre hospitais do SUS e o município de Uberaba;

- b. Descrever os setores da Secretaria Municipal de Saúde envolvidos no processo de formalização da contratualização hospitalar;
- c. Caracterizar as contratualizações e os instrumentos formais de contratualização;
- d. Comparar os instrumentos formais aos dispositivos legais aplicáveis ao Sistema Único de Saúde;
- e. Aferir o grau de concordância dos instrumentos.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A constituição de um sistema universal de saúde, com diretrizes como a descentralização e o atendimento integral, organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos fluxos assistenciais e promoção de ações e serviços de saúde com oferta de acesso equânime, integral e qualificado exige o fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS.

É necessário estruturar ações de regulação no âmbito do SUS, visando à melhoria dos processos de trabalho, bem como à perfeita harmonia e à integração entre os entes federados responsáveis pela gestão dos serviços de saúde ofertados à população. Promover um processo de regulação que permita expressar as ações e os resultados a serem alcançados em benefício da população é tão importante quanto formular o planejamento do sistema de saúde. Para isso, o tema contratualização ganha especial relevância.

Este estudo busca contribuir para o aprimoramento das práticas de gestão relacionadas a contratualização no âmbito do Sistema Único de Saúde, com foco na ampliação do conhecimento, controle e otimização dos processos entre o ente municipal e os hospitais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. A análise e descrição dos processos de contratualização têm como objetivo propiciar transparência aos instrumentos formais, permitindo um monitoramento efetivo das ações implementadas, reduzindo os riscos de interrupção nos serviços hospitalares, e, conseqüentemente, assegurando a continuidade da assistência à população.

A seleção da unidade de análise e do tema deste estudo está diretamente relacionado à atuação profissional da pesquisadora como analista em auditoria, regulação e fiscalização da saúde na Prefeitura de Uberaba. Essa escolha também está alinhada aos objetivos do Mestrado Profissional em Administração Pública de contribuir para aumentar a produtividade e efetividade da gestão pública, e a capacitação profissional para o exercício das práticas administrativas nas organizações públicas (PROFIAP, 2023).

A relevância da pesquisa está associada à necessidade de discutir a participação complementar da iniciativa privada no setor da saúde, considerando que a rede pública é insuficiente para atender plenamente à demanda por ações e serviços de saúde. Além disso, a contratualização no SUS apresenta particularidades que exigem atenção, especialmente no que se refere aos incentivos financeiros resultantes de políticas públicas voltadas ao apoio gerencial do setor hospitalar.

Adicionalmente, destaca-se a importância de uma gestão eficiente para a formalização das contratualizações, em conformidade com as normativas legais, permitindo o monitoramento efetivo das ações realizadas e promovendo maior *accountability*. Esse enfoque visa garantir maior lisura no controle público, atender às reais demandas da população e proporcionar um serviço público de saúde de qualidade.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está estruturado em cinco seções: Introdução, referencial teórico-normativo, metodologia, análise situacional (discussão teórica e resultados) e considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO

2.1 REFORMA ADMINISTRATIVA

Segundo Abrucio (1997), na década de 1970 até anos 1990, a reforma estatal foi caracterizada pela exigência da diminuição da sua área de atuação como condição ao livre funcionamento do mercado e pelo redimensionamento da gestão pública que afetou a organização das burocracias públicas. A partir da década de 1990, surgiu o modelo de administração pública gerencial, ou “*new public management*”, em meio ao enfraquecimento das funções estatais, preocupação com a eficiência e fortalecimento do setor privado.

O gerencialismo, objetivava tornar o Estado menos burocrático, mais moderno e flexível, voltado prioritariamente para o controle dos resultados ao invés do controle dos procedimentos, investindo no aprimoramento de instrumentos de gestão. Para reorganização do Estado, foi publicado em novembro de 1995, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE, um documento que organiza os objetivos gerenciais de Reforma do Estado

no Brasil e classifica a administração pública sob três abordagens: Patrimonialista, burocrática e gerencial (Brasil, 1995).

2.1.1 Gestão Patrimonialista, Burocrática e Gerencial

O período colonial e imperial foi caracterizado pela ausência de distinção clara entre as esferas pública e privada, resultando na confusão entre a república e os bens da Coroa. Esse contexto refletia uma administração predominantemente patrimonialista, na qual o Estado era compreendido como uma extensão da propriedade do monarca (Bresser-Pereira, 2006). Segundo Leal (1975), as relações entre o poder público e a esfera privada estavam organizadas de forma essencialmente coronelista, com cargos públicos frequentemente controlados pela elite agrária.

Esta situação perdurou ao longo do século XIX, com predominância da concepção de Estado mínimo, dentro da perspectiva liberal. O patrimônio público era confundido com o patrimônio privado do Estado, reflexos tardios das ideias difundidas pelas monarquias absolutas europeias, que foram realidade marcante do auge do capitalismo mercantil. No final do século XIX, devido à insuficiência do mercado e reconhecimento da incapacidade do Estado de atender todas as demandas da sociedade, as relações entre o Estado e o terceiro setor foram institucionalizadas. Posteriormente, o Estado ficou conhecido como Estado social e democrático de direito, em razão da sua atuação na instituição de novos direitos fundamentais e a demanda social por serviços, o que resultou, no século XX, em incentivos estatais ao terceiro setor e atuação direta na área social (Bobbio, 1999).

Fausto (1994) destaca que, no Brasil, o desenvolvimento do capitalismo tardio, impulsionado pela industrialização europeia, gerou um cenário marcado pela promoção da industrialização por meio da intervenção estatal no setor produtivo de bens e serviços, urbanização crescente, formação de uma classe média com maior capacidade de reivindicação e a fragmentação entre as elites dos grandes Estados. Esse contexto tornou-se incompatível com a gestão patrimonialista tradicional da Administração Pública, exigindo novas formas de organização e governança.

A Constituição de 1934, influenciada pela Constituição de Weimar, introduziu um Estado mais intervencionista e centralizador na economia, com o objetivo primordial de alcançar o pleno emprego, mesmo que isso implicasse déficits orçamentários, alinhando-se à teoria keynesiana. Posteriormente, o sistema constitucional de 1967 ampliou significativamente

as competências da União, consolidando ainda mais o poder federal com a Emenda nº 1/69. Conforme observado por Dallari (1976), essa emenda conferiu à União poderes legislativos sobre um amplo espectro de matérias, abrangendo praticamente todo o sistema jurídico e administrativo. O conjunto de ideias que fundamentou as reformas dessa época é frequentemente referido como o "modelo de gestão burocrático".

Segundo Weber (2009), a burocracia foi um elemento essencial para viabilizar o desenvolvimento do capitalismo, pois, diante do crescimento e da maior complexidade das instituições, surgiu a necessidade de modelos organizacionais mais definidos. Nesse contexto, a burocracia admite, no máximo, a conveniência objetiva, com um direito de representação devidamente regulamentado. Sua racionalidade está associada à adequação dos meios em busca do máximo de eficiência, configurando-se como um modelo organizacional eficiente por excelência na resolução de problemas sociais.

Admite-se no máximo a conveniência objetiva e existe um direito de representação regulamentado. A racionalidade da burocracia relaciona-se com a adequação dos meios em busca do máximo de eficiência. Assim, ela representa um modelo de organização eficiente por excelência para a resolução de problemas na sociedade (Weber, 2009).

No entanto, a partir da década de 1970, a burocracia começou a ser questionada devido ao elevado custo de sua operacionalização e à sua profunda intervenção na sociedade. Esse cenário resultou na perda de governabilidade e credibilidade do Estado, agravado pela crise econômica mundial (Costa, 2010). O Estado de bem-estar burocrático, fundamentado na teoria weberiana e sustentado por um conjunto rígido de normas e regulamentos, mostrou-se insustentável devido à sua rigidez e aos custos excessivos que sobrecarregavam a máquina pública (Weber, 2009).

Diante dessa conjuntura, iniciou-se um movimento de reforma, denominado modernização econômica, influenciado pelo ideal gerencialista e pela reestruturação produtiva promovida por líderes políticos como Margaret Thatcher e Ronald Reagan (Paula, 2005). Como resultado, com a ampliação do papel do Estado, tanto no desempenho de atividades interventivas no domínio econômico quanto na prestação de serviços públicos, esperava-se uma transformação gradual da organização federal em uma estrutura mais enxuta, voltada para programação, supervisão e fiscalização. Esse modelo substituiu a execução direta de serviços por contratos ou convênios supervisionados pelo Poder Público (Nohara, 2012).

Nesse contexto, aplica-se o princípio da subsidiariedade como técnica para a repartição de interesses e competências materiais entre as esferas do poder público. Esse princípio

favorece a transição de um modelo rígido de repartição de competências públicas para um modelo mais flexível, fundamentado na descentralização e desconcentração de serviços, permitindo maior eficiência e adaptabilidade na gestão pública (Freitas, 2011).

2.1.2 Descentralização, Publicização dos serviços públicos e o Contrato de Gestão

A reestruturação administrativa do Estado demandava, além de mudanças estruturais, a superação de sua concepção centralizadora. Nesse sentido, promovia-se uma descentralização implementada em três níveis. No primeiro, no âmbito da Administração Federal, previa-se uma ampla delegação de autoridade executiva, acompanhada de uma revisão das leis e regulamentos centralizadores. No segundo, transferia-se parte das tarefas administrativas para a esfera privada, por meio de contratos que assegurassem a eficiência e a responsabilidade no cumprimento das metas estabelecidas. Por fim, no terceiro nível, buscava-se a descentralização da União para os governos locais, com delegações realizadas mediante convênios e programas previamente aprovados pelo Governo Federal (Beltrão, 1968).

Alguns autores, como Chiavenato (2008), identificam que o modelo gerencial emergiu como uma resposta à necessidade de descentralização administrativa, redução dos níveis hierárquicos e ampliação da participação de agentes privados e organizações da sociedade civil. Esse modelo requer formas mais flexíveis de gestão e foi acompanhado por duas vertentes principais de descentralização: a descentralização por colaboração, baseada na adoção do regime de concessões de serviços públicos; e a descentralização por serviços, que promoveu a criação de novos entes da Administração Indireta para gerenciar atividades específicas. Essas mudanças refletem a busca por maior eficiência, adaptabilidade e compartilhamento de responsabilidades na prestação de serviços públicos.

É fundamental diferenciar a criação de entes da Administração Indireta destinados a desempenhar atividades no domínio econômico das atividades inerentes ao Estado. A vontade política de transferir para o chamado setor público não estatal a execução de serviços que, embora não envolvam o exercício direto do poder estatal, devem ser subsidiados pelo Estado – como educação, saúde, cultura e pesquisa científica – foi conceituada como “publicização”. Esse processo resultou na instituição de parcerias entre o Estado e a sociedade, viabilizando a transformação de fundações públicas existentes em organizações sociais. Essas organizações, estruturadas como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, devem possuir autorização

específica do Poder Legislativo para firmar contratos de gestão com o Poder Executivo, garantindo o acesso a dotações orçamentárias para execução de suas atividades (Nohara, 2012).

O Programa Nacional de Publicização foi implementado com a edição da Medida Provisória nº 1.591/97, posteriormente convertida na Lei Federal nº 9.637/98. Esse programa trouxe como principais vantagens a eficiência na prestação de serviços, com foco em resultados, e maior autonomia operacional das entidades envolvidas. A celebração do contrato de gestão impõe às entidades da Administração Indireta o cumprimento de metas previamente definidas, conferindo-lhes maior flexibilidade em relação ao regime jurídico aplicável (Tourinho, 2020).

Ainda que a dificuldade de mediação de alguns objetivos possa conduzir para uma avaliação dos contratos que privilegie apenas os aspectos quantitativos, de acordo com Araújo e Pinheiro (2010, p. 664), “o contrato de gestão é um dos mecanismos mais utilizados no novo paradigma da gestão pública que considera a contratualização uma das formas mais eficientes de instituir uma gestão por resultados”. Ademais, Gabardo (2009) enfatiza, que a publicização, tal qual propugnada e diante do cenário vivenciado, também não deixava de ter certo teor de exagero, uma vez que, a condição do espaço público não estatal no Brasil não permite o otimismo gerencial característico do processo de publicização. As atividades desenvolvidas por organizações não governamentais não poderiam substituir satisfatoriamente atividades estatais, em face das correntes falhas estruturais identificadas no setor privado e dos compromissos constitucionais com a prestação de direitos sociais (Gabardo, 2009).

O contrato de gestão e o procedimento de avaliação periódica de desempenho foram previstos no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, sendo regras inseridas na Constituição pela Emenda no 19/98 que expressam consequências do princípio da eficiência.

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 de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III - a remuneração do pessoal (Brasil, 1988, art.37, §8º).

O PDRAE tinha como objetivo específico a transformação de autarquias e fundações que exercem funções de Estado em agências autônomas, estruturadas com base em contratos de gestão. Esse modelo proporcionaria aos seus dirigentes ampla liberdade para gerir recursos humanos, materiais e financeiros, condicionada ao cumprimento de objetivos qualitativos e quantitativos previamente estabelecidos (Nohara, 2012).

Com a celebração do contrato de gestão, firmado entre o Poder Público e as organizações sociais (OS), são definidos de forma detalhada os serviços, atividades, metas e objetivos a serem atingidos dentro dos prazos estipulados. O contrato também estabelece o cronograma de desembolso financeiro e os mecanismos de avaliação de resultados. Por meio desse instrumento, as OS recebem fomento estatal para a execução das atividades propostas (Brasil, 2017).

2.1.3 Organizações Sociais – OS

Na administração pública, foram introduzidas diferentes personalidades jurídicas de administração indireta, como as autarquias, fundações e empresas públicas, que demonstraram certo esgotamento em função da rigidez, especialmente quanto às gestões orçamentária, de pessoas e de compras. Como alternativas, foram criadas novas naturezas jurídicas, denominadas como Modelos Alternativos de Gestão Indireta (Magi), tais como Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Parceria Público-Privada (PPP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Santos *et al.*, 2018).

As Organizações Sociais (OS) são entidades jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que recebem a qualificação de organização social por meio de decreto presidencial, habilitando-se a desempenhar atividades de interesse público. Esse modelo de gestão foi introduzido com o objetivo de promover maior eficiência, flexibilidade e resultados na prestação de serviços públicos em áreas como saúde, educação, cultura e pesquisa científica. Após qualificadas, as OS firmam contratos de gestão com o Poder Público, nos quais se comprometem a realizar atividades específicas e a atingir metas e resultados previamente estabelecidos. Em contrapartida, o Estado oferece apoio financeiro por meio de transferências diretas de recursos, além de realizar o acompanhamento e a avaliação do desempenho das organizações para assegurar a *accountability* e o cumprimento das metas pactuadas (Brasil, 2024).

Questionado sobre a constitucionalidade dos recursos públicos serem transferidos para as organizações, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n.º 1.923, que é constitucional, a OS, receber dinheiro do governo para auxiliar na implementação de políticas nas áreas em que atuam, *in verbis*:

1. A atuação da Corte Constitucional não pode traduzir forma de engessamento e de cristalização de um determinado modelo pré-concebido de Estado, impedindo que, nos limites constitucionalmente assegurados, as maiorias políticas prevaletentes no jogo democrático pluralista possam pôr em prática seus projetos de governo, moldando o perfil e o instrumental do poder público conforme a vontade coletiva. 2. Os setores de saúde (CF, art. 199, caput), educação (CF, art. 209, caput), cultura (CF, art. 215), desporto e lazer (CF, art. 217), ciência e tecnologia (CF, art. 218) e meio ambiente (CF, art. 225) configuram serviços públicos sociais, em relação aos quais a Constituição, ao mencionar que “são deveres do Estado e da Sociedade” e que são “livres à iniciativa privada”, permite a atuação, por direito próprio, dos particulares, sem que para tanto seja necessária a delegação pelo poder público, de forma que não incide, in casu, o art. 175, caput, da Constituição. 3. A atuação do poder público no domínio econômico e social pode ser viabilizada por intervenção direta ou indireta, disponibilizando utilidades materiais aos beneficiários, no primeiro caso, ou fazendo uso, no segundo caso, de seu instrumental jurídico para induzir que os particulares executem atividades de interesses públicos através da regulação, com coercitividade, ou através do fomento, pelo uso de incentivos e estímulos a comportamentos voluntários. 4. Em qualquer caso, o cumprimento efetivo dos deveres constitucionais de atuação estará, invariavelmente, submetido ao que a doutrina contemporânea denomina de controle da Administração Pública sob o ângulo do resultado (Diogo de Figueiredo Moreira Neto). 5. O marco legal das Organizações Sociais inclina-se para a atividade de fomento público no domínio dos serviços sociais, entendida tal atividade como a disciplina não coercitiva da conduta dos particulares, cujo desempenho em atividades de interesse público é estimulado por sanções premiais, em observância aos princípios da consensualidade e da participação na Administração Pública. 6. A finalidade de fomento, in casu, é posta em prática pela cessão de recursos, bens e pessoal da Administração Pública para as entidades privadas, após a celebração de contrato de gestão, o que viabilizará o direcionamento, pelo Poder Público, da atuação do particular em consonância com o interesse público, através da inserção de metas e de resultados a serem alcançados, sem que isso configure qualquer forma de renúncia aos deveres constitucionais de atuação. 7. Na essência, preside a execução deste programa de ação institucional a lógica, que prevaleceu no jogo democrático, de que a atuação privada pode ser mais eficiente do que a pública em determinados domínios, dada a agilidade e a flexibilidade que marcam o regime de direito privado. 8. Os arts. 18 a 22 da Lei nº 9.637/98 apenas concentram a decisão política, que poderia ser validamente feita no futuro, de afastar a atuação de entidades públicas através da intervenção direta para privilegiar a escolha pela busca dos mesmos fins através da indução e do fomento de atores privados, razão pela qual a extinção das entidades mencionadas nos dispositivos não afronta a Constituição, dada a irrelevância do fator tempo na opção pelo modelo de fomento – se simultaneamente ou após a edição da Lei. 9. O procedimento de qualificação de entidades, na sistemática da Lei, consiste em etapa inicial e embrionária, pelo deferimento do título jurídico de “organização social”, para que Poder Público e particular colaborem na realização de um interesse comum, não se fazendo presente a contraposição de interesses, com feição comutativa e com intuito lucrativo, que consiste no núcleo conceitual da figura do contrato administrativo, o que torna inaplicável o dever constitucional de licitar (CF, art. 37, XXI). 10. A atribuição de título jurídico de legitimação da entidade através da qualificação configura hipótese de credenciamento, no qual não incide a licitação pela própria natureza jurídica do ato, que não é contrato, e pela inexistência de qualquer competição, já que todos os interessados podem alcançar o mesmo objetivo, de modo includente, e não excludente. 11. A previsão de competência discricionária no art. 2º, II, da Lei nº 9.637/98 no que pertine à qualificação tem de ser interpretada sob o influxo da principiologia constitucional, em especial aos princípios da impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (CF, art. 37, caput). É de se ter por vedada, assim, qualquer forma de arbitrariedade, de modo que o indeferimento do requerimento de qualificação, além de pautado pela publicidade, transparência e motivação, deve observar critérios objetivos fixados em ato regulamentar expedido em obediência ao art. 20 da Lei nº 9.637/98, concretizando de forma homogênea as diretrizes contidas nos inc. I a III do dispositivo. 12. A figura do contrato de gestão configura hipótese

de convênio, por consubstanciar a conjugação de esforços com plena harmonia entre as posições subjetivas, que buscam um negócio verdadeiramente associativo, e não comutativo, para o atingimento de um objetivo comum aos interessados: a realização de serviços de saúde, educação, cultura, desporto e lazer, meio ambiente e ciência e tecnologia, razão pela qual se encontram fora do âmbito de incidência do art. 37, XXI, da CF. 13. Diante, porém, de um cenário de escassez de bens, recursos e servidores públicos, no qual o contrato de gestão firmado com uma entidade privada termina por excluir, por consequência, a mesma pretensão veiculada pelos demais particulares em idêntica situação, todos almejando a posição subjetiva de parceiro privado, impõe-se que o Poder Público conduza a celebração do contrato de gestão por um procedimento público impessoal e pautado por critérios objetivos, por força da incidência direta dos princípios constitucionais da impessoalidade, da publicidade e da eficiência na Administração Pública (CF, art. 37, caput). 14. As dispensas de licitação instituídas nos arts. 24, XXIV, da Lei nº 8.666/93 e no art. 12, §3º, da Lei nº 9.637/98 têm a finalidade que a doutrina contemporânea denomina de função regulatória da licitação, através da qual a licitação passa a ser também vista como mecanismo de indução de determinadas práticas sociais benéficas, fomentando a atuação de organizações sociais que já ostentem, à época da contratação, o título de qualificação, e que por isso sejam reconhecidamente colaboradoras do Poder Público no desempenho dos deveres constitucionais no campo dos serviços sociais. O afastamento do certame licitatório não exime, porém, o administrador público da observância dos princípios constitucionais, de modo que a contratação direta deve observar critérios objetivos e impessoais, com publicidade de forma a permitir o acesso a todos os interessados. 15. As organizações sociais, por integrarem o Terceiro Setor, não fazem parte do conceito constitucional de Administração Pública, razão pela qual não se submetem, em suas contratações com terceiros, ao dever de licitar, o que consistiria em quebra da lógica de flexibilidade do setor privado, finalidade por detrás de todo o marco regulatório instituído pela Lei. Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, caput), dentre os quais se destaca o princípio da impessoalidade, de modo que suas contratações devem observar o disposto em regulamento próprio (Lei nº 9.637/98, art. 4º, VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos. 16. 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. 17. Inexiste violação aos direitos dos servidores públicos cedidos às organizações sociais, na medida em que preservado o paradigma com o cargo de origem, sendo desnecessária a previsão em lei para que verbas de natureza privada sejam pagas pelas organizações sociais, sob pena de afronta à própria lógica de eficiência e de flexibilidade que inspiraram a criação do novo modelo. 18. O âmbito constitucionalmente definido para o controle a ser exercido pelo Tribunal de Contas da União (CF, art. 70, 71 e 74) e pelo Ministério Público (CF, arts. 127 e seguintes) não é de qualquer forma restringido pelo art. 4º, caput, da Lei nº 9.637/98, porquanto dirigido à estruturação interna da organização social, e pelo art. 10 do mesmo diploma, na medida em que trata apenas do dever de representação dos responsáveis pela fiscalização, sem mitigar a atuação de ofício dos órgãos constitucionais. 19. A previsão de percentual de representantes do poder público no Conselho de Administração das organizações sociais não encerra violação ao art. 5º, XVII e XVIII, da Constituição Federal, uma vez que dependente, para concretizar-se, de adesão voluntária das entidades privadas às regras do marco legal do Terceiro Setor. 20. Ação direta de inconstitucionalidade cujo pedido é julgado parcialmente procedente, para conferir interpretação conforme à Constituição à Lei nº 9.637/98 e ao art. 24, XXIV da Lei nº 8666/93, incluído pela Lei nº 9.648/98, para que: (i) o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o art. 20 da Lei nº 9.637/98; (ii) a celebração do contrato

de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF; (iii) as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, art. 24, XXIV) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, art. 12, §3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF; (iv) os contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; (v) a seleção de pessoal pelas Organizações Sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e (vi) para afastar qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo TCU, da aplicação de verbas públicas.

(STF - ADI: 1923 DF, Relator: AYRES BRITTO, Data de Julgamento: 16/04/2015, Tribunal Pleno, Data de Publicação: 17/12/2015)

Para o STF, basta que os entes federativos observem, em suas relações com a OS, os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência para ações da administração pública, direta ou indireta. A decisão reiterou as competências do Ministério Público (MP) e do Tribunal de Contas da União (TCU) para fiscalizar a aplicação dos recursos transferidos às organizações. O Acórdão relativo à ADI n.º 1.923 afirma que “as relações público-privadas devem ser regidas por contrato de gestão e que 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” (STF, 2015).

O Poder Executivo possui a competência para qualificar como organizações sociais entidades privadas, sem fins lucrativos, que desenvolvam atividades relacionadas ao ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção ambiental, cultura e saúde, desde que cumpram os requisitos estabelecidos pela Lei nº 9.637/1998. Contudo, é proibida a qualificação de organizações sociais para desempenhar funções exclusivas do Estado, prestar apoio técnico e administrativo à administração pública federal ou realizar fornecimento de instalações, bens, equipamentos ou execução de obras públicas em benefício da administração pública federal (Brasil, 1998).

O controle das organizações sociais foi previsto para ser realizado sobretudo pela sociedade, por meio dos conselhos de administração. O Estado continuaria a financiar tais instituições, que podem ser, minoritariamente, incentivadas por compra de serviços e doações. São requisitos específicos para que as entidades privadas habilitem-se à qualificação como organização social:

- I - comprovar o registro de seu ato constitutivo, dispondo sobre:
 - a) natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação;
 - b) finalidade não-lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades;

- c) previsão expressa de a entidade ter, como órgãos de deliberação superior e de direção, um conselho de administração e uma diretoria definidos nos termos do estatuto, asseguradas àquele composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas nesta Lei;
 - d) previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representantes do Poder Público e de membros da comunidade, de notória capacidade profissional e idoneidade moral;
 - e) composição e atribuições da diretoria;
 - f) obrigatoriedade de publicação anual, no Diário Oficial da União, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão;
 - g) no caso de associação civil, a aceitação de novos associados, na forma do estatuto;
 - h) proibição de distribuição de bens ou de parcela do patrimônio líquido em qualquer hipótese, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro da entidade;
 - i) previsão de incorporação integral do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, na proporção dos recursos e bens por estes alocados;
- II - haver aprovação, quanto à conveniência e oportunidade de sua qualificação como organização social, do Ministro ou titular de órgão supervisor ou regulador da área de atividade correspondente ao seu objeto social e do Ministro de Estado da Administração Federal e Reforma do Estado (Brasil, 1998, art.2º).

2.2 REFORMA SANITÁRIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária é compreendida como um processo social. Além de propor formalmente a criação do SUS, com a finalidade de “viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema” e “assegurar aos setores populares voz e voto em todas as instâncias” (Cebes, 1980, p. 11), o movimento da Reforma Sanitária teve como ideário a necessidade de municipalizar o planejamento, a organização e a execução de ações de saúde, financiar as ações com recursos originados no orçamento fiscal e na Previdência Social e estimular e valorizar a participação da sociedade organizada a partir do nível local (Escorel, 1999).

A partir de 1979, o movimento da reforma sanitária expandiu-se, consideravelmente, no Brasil. Pesquisadores, gestores de Saúde e movimentos sociais reuniam-se em prol de estratégias de saúde. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde debateu temas centrais como a saúde enquanto dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Esses debates, impulsionados pelo movimento sanitário da década de 1970, marcaram um ponto crucial na saúde pública brasileira e na participação social, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988 (Preuss, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, marcou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual foi conferida a responsabilidade de assegurar o direito à saúde como um direito fundamental. Esse direito é previsto como integral, universal, igualitário e de responsabilidade Estatal, conforme estabelece o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A Lei nº 8.080/1990, uma das Leis Orgânicas da Saúde, complementa essa definição ao descrever o SUS como "o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (Brasil, 1990). A saúde, juntamente com a previdência e assistência social perfazem o sistema da seguridade social organizado na Constituição Federal. A sociedade e o Poder Público possuem o dever de assegurar esses três direitos fundamentais, financiados mediante recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e que tem como base os seguintes princípios:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988, art.194).

Consoante a Constituição Federal, as ações e serviços públicos na área da saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, promovendo-se a integração automática dos entes da federação no SUS, sendo o dever da assistência à saúde de competência comum e ordem solidária de todos os entes públicos (Brasil, 1988). Sobre o assunto, colaciona-se trechos de Ação Civil Originária (ACO) e Recurso Extraordinário (RE) do STF:

A Constituição Federal prevê, ao lado do direito subjetivo público à saúde, a obrigação de o Estado dar-lhe efetiva concreção, por meio de ‘políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação’ (art. 196). Esse dever abrange todos os entes federados, inclusive as comunas, os quais, na seara da saúde, exercem uma competência administrativa comum, nos termos do art. 23, II, do Texto Constitucional

[ACO 3.451 MC REF, rel. min. Ricardo Lewandowski, j. 24-2-2021, P, *DJE* de 10-3-2021.]

O direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.

[AI 734.487 AgR, rel. min. Ellen Gracie, j. 3-8-2010, 2ª T, *DJE* de 20-8-2010.]

Vide RE 436.996 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 22-11-2005, 2ª T, *DJ* de 3-2-2006

Vide RE 271.286 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 12-9-2000, 2ª T, *DJ* de 24-11-2000

O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O poder público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o poder público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.

[RE 271.286 AgR, rel. min. Celso de Mello, j. 12-9-2000, 2ª T, *DJ* de 24-11-2000.]

= STA 175 AgR, rel. min. Gilmar Mendes, j. 17-3-2010, P, *DJE* de 30-4-2010

Vide RE 668.722 AgR, rel. min. Dias Toffoli, j. 27-8-2013, 1ª T, *DJE* de 25-10-2013

Vide AI 734.487 AgR, rel. min. Ellen Gracie, j. 3-8-2010, 2ª T, *DJE* de 20-8-2010

Dessa forma, a responsabilidade estatal não se limita apenas à prestação de serviços públicos, mas também a sua regulamentação, fiscalização e controle (Brasil, 1988). Por conseguinte, o Sistema Único de Saúde pode ser definido, consoante a Lei nº 8.080/90, uma das Leis Orgânicas da Saúde, como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, tendo como objetivos:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990, art.5º).

Essa descentralização, consolidada pela municipalização, foi acompanhada pelo desenvolvimento de um sistema de alocação de recursos baseado em Normas Operacionais, como a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 1/96). Em conformidade com a Lei nº 8.080/90, essa norma reforçou o papel dos municípios na gestão das ações e serviços de saúde, destacando sua responsabilidade em assegurar o atendimento integral à população (Ugá; Marques, 2005).

A própria Norma Operacional do SUS – NOB 1/96, em congruência com a Lei 8.080/90, dimensiona a relevância do processo de municipalização ao delinear a promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde para os Municípios. A relação com os prestadores privados também se dá por meio do Município, uma vez que, assume a responsabilidade de garantir o atendimento integral a população (Brasil, 1996).

Assim, a direção do Sistema Único de Saúde é única, sendo exercida em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente. No nível municipal, o SUS, organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (Brasil, 1990).

Todavia, a responsabilização dos Municípios não desonera os outros entes, que devem, inclusive, assumir a gestão das ações e recursos em saúde quando houver descumprimento das obrigações pela Municipalidade. As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, também podem ser executadas pela iniciativa privada, em caráter complementar (Brasil, 1990), como ressalta o Min. Edson Fachin:

1. A intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos poderes. 2. A decisão judicial, como regra, em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o resultado; 3. No caso de serviços de saúde, o déficit de profissionais pode ser suprido por concurso público ou, por exemplo, pelo remanejamento de recursos humanos e pela contratação de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) .

[RE 684.612, rel. min. Ricardo Lewandowski, red. do ac. min. Roberto Barroso, j. 3-7-2023, P, DJE de 3-8-2023, Tema 698, com mérito julgado.]

[...] o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente ou conjuntamente.

[RE 855.178-ED, red. do ac. min. Edson Fachin, j. 23-5-2019, P, DJE de 16-4-2020, Tema 793.]