

Concorrência Pública

004/2023

Processo Administrativo nº 127/2023

Protocolo nº 3003/2022

Objeto: Concessão de uso das dependências e equipamentos do Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida, com vinculação à gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde a serem prestados no objeto desta concessão.

Solicitante: Secretaria Municipal de Saúde.

Abertura: 25/08/23

Horário: 09h30min

Volume 01



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
COMPROVANTE DE ABERTURA



Página: 1 / 1
Data: 26/05/2023

NÚMERO PROCESSO 000003003/2023
NÚMERO ÚNICO TGV.HDB.UDM-KH
ASSUNTO SOLICITAÇÃO

REQUERENTE
NOME

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
LOGRADOURO
JACARANDÁ, 0

MUNICÍPIO
FAZENDA RIO GRANDE/PR

CPF/CNPJ

BAIRRO

BAIRRO NACOES

EMAIL

CEP

TELEFONE

BENEFICIÁRIO
NOME

CPF/CNPJ

LOCAL DA PROTOCOLIZAÇÃO
007014004 - ADM SECRETÁRIO

PROTOCOLADO POR
ROBERTAMARIA

EM
20/01/2023 01:19:19

PREVISTO PARA
2023-01-
23T16:22:02.000+00:00

ORGANOGRAMA DESTINO
SECRETARIA DE FINANÇAS
SÚMULA
ATUALIZAÇÃO DE CÁLCULO
OBSERVAÇÃO

MOTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

ROBERTAMARIA

Data/Hora: 26/05/2023 09:04:25



PREFEITURA DE
**FAZENDA
RIO GRANDE**

**MUNICÍPIO DE FAZENDA RIO GRANDE
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**



Fazenda Rio Grande, 20 de Janeiro de 2023.

Ao Secretário Municipal de Finanças

Senhor Secretário,

Considerando o provimento da Lei Municipal nº 1659/2022, autorizada pelo Chefe do Poder Executivo Municipal, para possibilitar a "concessão onerosa de uso de bem imóvel denominado Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida para a finalidade de prestação de serviços de saúde".

Considerando o disposto no art. 3º da lei supracitada, informamos a Vossa Senhoria que anexamos junto ao presente processo administrativo o estudo técnico realizado em 2019 para o funcionamento adequado do Hospital Municipal.

Desta forma, solicitamos a Vossa Senhoria que apure a atualização dos valores abaixo indicados, adotando como indicador o INPC, mesmo índice aplicado a remuneração dos serviços públicos municipais, do período de fevereiro de 2019 a dezembro de 2022, como segue:



Os cálculos estimativos totalizaram:

	1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
Gastos com Pessoal	R\$ 507.687,32	R\$ 719.262,20	R\$ 894.691,30
Gastos com Médicos	R\$ 676.240,00	R\$ 689.920,00	R\$ 982.920,00
Cargos Executivos	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 50.000,00
Medicamentos, insumos e serviços terceirizados	R\$ 303.550,00	R\$ 430.300,00	R\$ 608.650,00
Custos Operacionais	R\$ 152.747,73	R\$ 187.948,22	R\$ 253.626,13
TOTAL GERAL	R\$ 1.680.225,05	R\$ 2.067.430,42	R\$ 2.789.887,43

Tendo em vista a necessidade de resolução nos problemas que envolvem a Secretaria Municipal de Saúde, favor devolver a presente solicitação até 23/01/2023.

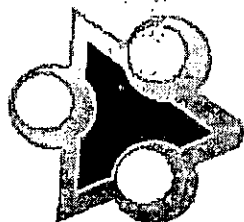
Após os cálculos, devolver a esta Secretaria.

Atenciosamente,

ROBERTA MARIA DO
SACRAMENTO
ESPÍNDULA DE JESUS
Assinado de forma digital por
ROBERTA MARIA DO SACRAMENTO
ESPÍNDULA DE JESUS
Data: 2023.01.20 11:56:01 -03'00'

Roberta Maria do Sacramento Espíndula de Jesus

Secretária Municipal de Administração
Decreto de nomeação nº 6385/2022



ADVCOM

CONSULTORES

ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

PARECER TÉCNICO

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE

EMENTA: FAZENDA RIO GRANDE. CONTEXTO GERAL DA ATUAÇÃO MUNICIPAL NA SAÚDE. PROJETO DE GESTÃO MAIS ADEQUADO AO CASO CONCRETO. DESCRIÇÃO TÉCNICA E ESTIMATIVA ECONÔMICA.

Curitiba-PR
Fevereiro de 2019



SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Aspectos Gerais do Município de Fazenda Rio Grande/PR.....	5
3. Serviços de Assistência à Saúde no Município.....	9
4. O Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida – HMNSA	18
4.1. Estrutura e funcionamento atual	19
4.2. Vocação do HMNSA no contexto da saúde local.....	25
4.3. Projeto de Gestão para o HMNSA	29
5. Estimativa Econômico-Financeira do Projeto.....	69
6. Conclusões	71

1. INTRODUÇÃO

O presente PARECER TÉCNICO – DIAGNOSTICO SITUACIONAL integra o conjunto de atividades previstas em contrato celebrado entre a ADVCOM Consultores Ltda. e o Município de Fazenda Rio Grande/PR para prestação de serviços técnicos de consultoria e assessoria técnica, com o fito de “subsidiar o município de Fazenda Rio Grande nas atividades voltadas à implantação e operacionalização do compartilhamento da Gestão da Saúde Municipal através de Organizações Sociais (OS) ou outro modelo que se demonstre mais adequado”.

Este estudo diz respeito especificamente ao Item 2.2.2 das ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, constantes do TERMO DE REFERÊNCIA veiculado no ANEXO II do contrato acima referido, que prevê a elaboração de PARECER TÉCNICO que:

2.2.2 apresente um diagnóstico situacional da unidade a ser trespçada para a gestão privada, com identificação das possibilidades de atendimento, bem como estimativa de custos, processos e fluxos;

Para a consecução dos objetivos acima descritos, o presente PARECER TÉCNICO partiu de um diagnóstico situacional do Município e do contexto da saúde local. A partir de tal levantamento, levado a cabo por meio da realização de reuniões com membros do Executivo Municipal, da realização de visitas técnicas nas Unidades de saúde e do levantamento de documentos e informações iniciais (ETAPA 1 do Cronograma de Execução), tornou-se possível apresentar a configuração



mais adequada para o aproveitamento da infraestrutura de saúde detida pelo Município de Fazenda Rio Grande.

Para atingir tal objetivo, o presente Parecer foi subdividido em 4 (quatro) tópicos, à parte a presente Introdução e a Conclusão.

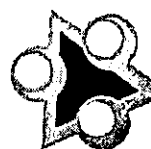
No **primeiro**, busca-se contextualizar em linhas gerais a realidade do Município de Fazenda Rio Grande/PR, expondo dados estatísticos oficiais do Município.

No **segundo** tópico apresenta-se breve análise da realidade da saúde local, mediante exposição e análise dos principais dados do sistema de saúde municipal, no que tange à oferta de serviços assistenciais à população.

O **terceiro** tópico destina-se a analisar mais especificamente a estrutura e funcionamento do Hospital Nossa Senhora Aparecida. Neste momento, buscar-se-á: **(i)** descrever a estrutura existente e sua atual destinação; **(ii)** apresentar a vocação do Hospital, a partir do diagnóstico realizado; **(iii)** propor um Projeto de Gestão para a unidade, elencando soluções, serviços, fluxos e protocolos a serem implantados, reformas e equipamentos necessários, dimensionamento de pessoal e insumos, etc.

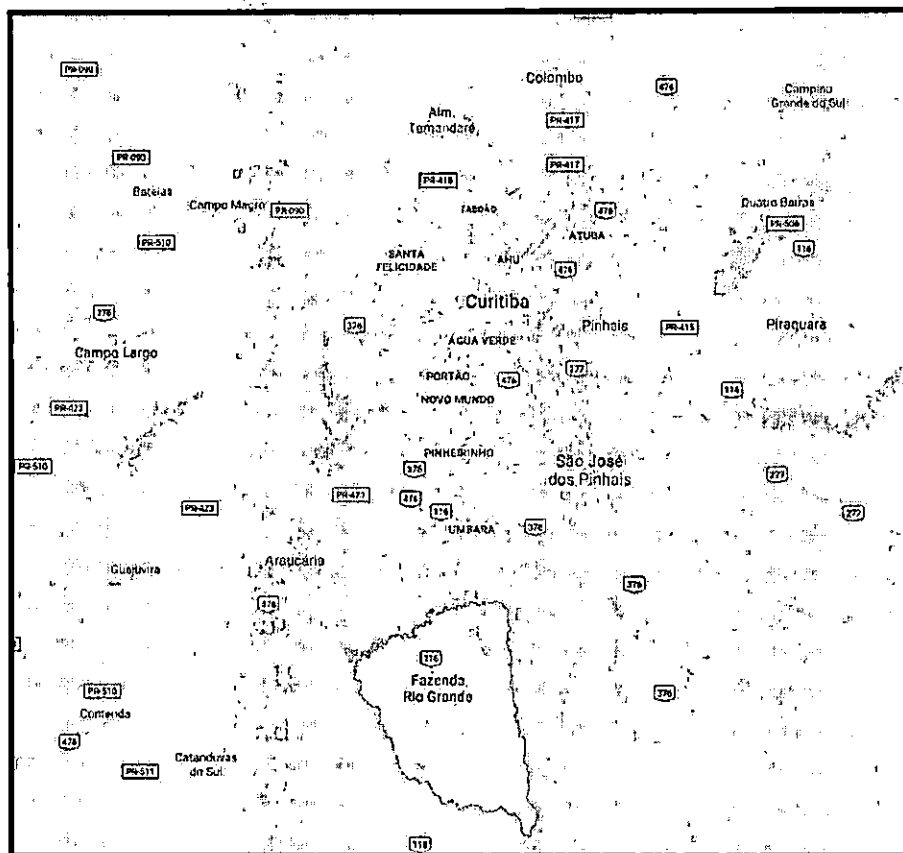
Por fim, no **quarto** tópico, realiza-se análise de viabilidade econômica do projeto, mediante estimativa das despesas necessárias para sua implantação e operação.

Ressalta-se que o presente estudo deve ser interpretado em conjunto com o PARCER TÉCNICO – MODELO DE GESTÃO, também apresentado pela empresa contratada.



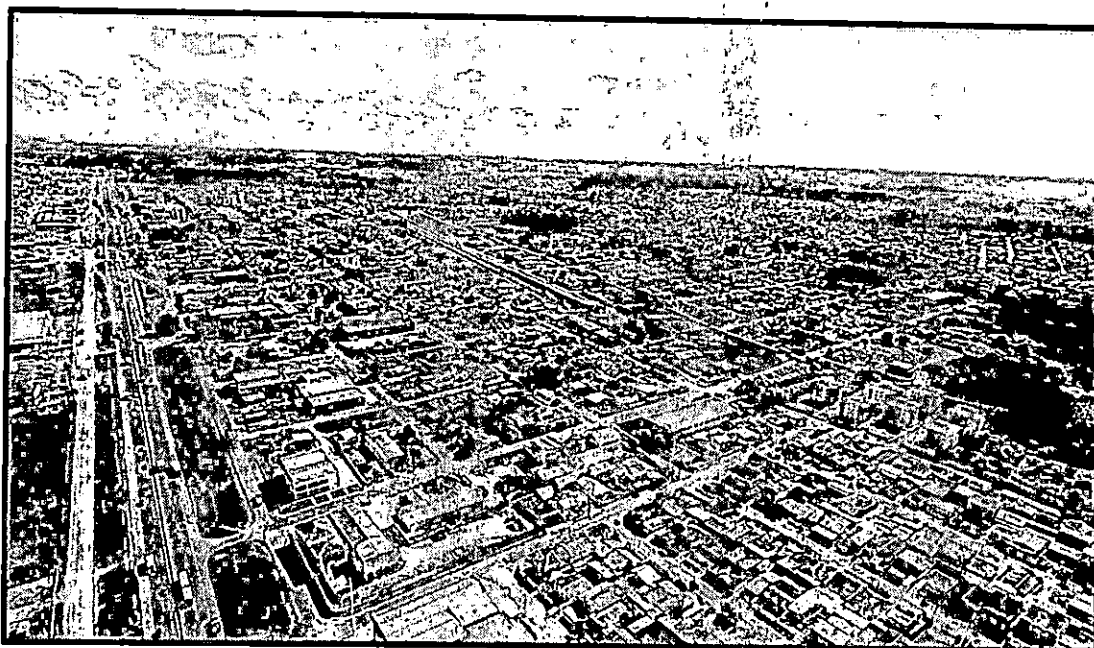
2. ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO DE FAZENDA RIO GRANDE/PR

O Município de Fazenda Rio Grande, emancipado em 26 de janeiro de 1990, possui área de 116,678 km² e, juntamente com outros 28 (vinte e oito) Municípios, integra a Região Metropolitana de Curitiba. Encontra-se situado a 19 (dezenove) quilômetros ao sul da Capital, seu centro urbano margeando a Rodovia BR-116.¹



Fonte: Google

¹ Essas características naturalmente trazem impactos à saúde local. Afora a caracterização típica de "cidade-dormitório" dos Municípios que integram regiões metropolitanas, a localização da área urbana do Município de Fazenda Rio Grande transforma a BR-116 (rodovia federal) não apenas em via de acesso como também de trânsito local dos municípios.



Fonte: ACINFAZ

De acordo com o apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no Censo 2010,² o Município conta com os seguintes índices estatísticos:

População Total	81.675 habitantes
População Urbana	75.928 habitantes
População Rural	5.747 habitantes
População Estimada em 2018	98.368 habitantes
Número de domicílios	27.640
Grau de urbanização	92,96%
Taxa de crescimento populacional	2,65%

Destacam-se, ainda, outros dados populacionais:

² Dados disponíveis em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/fazenda-rio-grande/panorama>. Acesso em 08 de fevereiro de 2019.



Unidades de Abastecimento de Água	26.889 (Sanepar 2011)
Densidade Demográfica	843,09 hab./km ² (projeção 2018)
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,720 (PNUD 2010)
Índice de Idosos	13,31% (IBGE/IPARDES)

No que tange aos dados econômicos do Município, a Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC)³ destaca os seguintes referenciais:

População Economicamente Ativa (PEA)	41.158 (IBGE 2010)
Número de Estabelecimentos	1.168 (MTE 2011)
Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS)	R\$ 8.953.739,53 (SEFA 2011)
Produto Interno Bruto (PIB)	R\$ 618.794.000,00 (IBGE 2010)
Produto Interno bruto per capita	R\$ 5.383,58 (IBGE 2008)
Vocação Econômica do Município	Parque Industrial. Na agropecuária: produção de milho, soja e feijão, além de avicultura e pecuária.

Ademais, o município apresenta um salário médio mensal dos trabalhadores formais (2016) em torno de 2,6 salários mínimos. A taxa de pessoal ocupado, por sua vez, representa 19,1% (17.896 pessoas).

De todos os dados colhidos, chama a atenção o seguinte gráfico, apresentado pelo próprio Município acerca do crescimento populacional de Fazenda Rio Grande nos últimos anos:

³ Dados disponíveis em:
http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/Municipios_RMC/Fazenda_R_Grande.pdf.
Acesso em 08 de fevereiro de 2019.

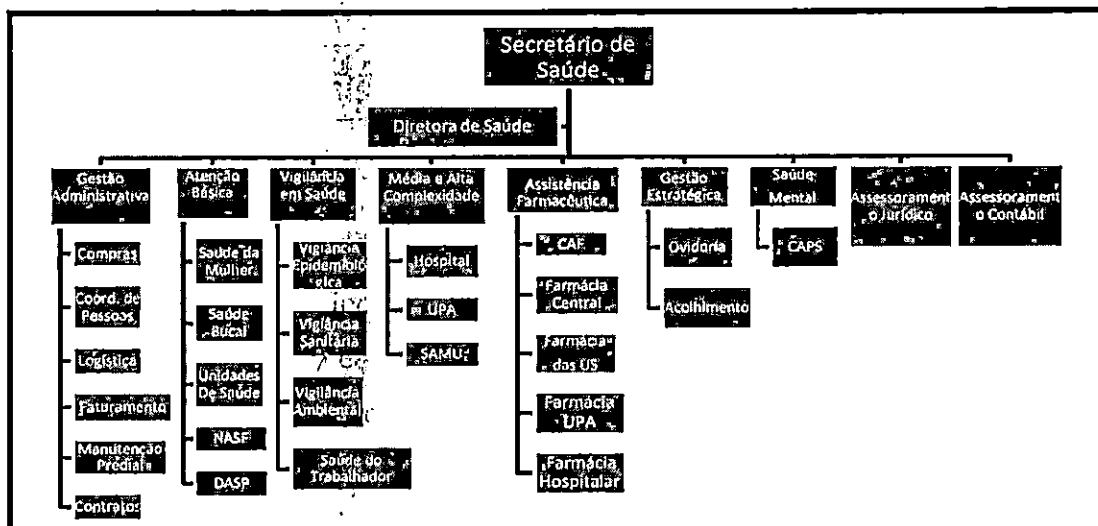
	1990	2000	2010	2018	taxa
PR IBGE	8,448	9,563	10,439	11,348	34%
BR IBGE	146,825	169,799	190,732	208,494	42%
F. R. G. IBGE	24.750	62.877	81.675	98.368	297%
F. R. G. PMFRG	24.750	62.877	81.675	130.000	425%

Como se pode perceber, é dado alarmante o crescimento populacional de Fazenda Rio Grande nos últimos anos, sobretudo em relação à média nacional e à média estadual – e isso tanto levando-se em conta os dados do IBGE quanto aqueles extraídos da estimativa mais atualizada da população realizada pelo próprio Município. Tais dados revelam a necessidade de ampliação contínua do atendimento à saúde da população fazendense.

3. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO

Mediante análise da documentação enviada pelo Município, bem como de dados públicos e informações colhidas nas visitas técnicas realizadas nas unidades de saúde municipais, foi possível esquadriñar em linhas gerais os serviços de assistência à saúde no Município de Fazenda Rio Grande, diagnosticando sua estrutura e funcionamento atuais.

Nos termos do Plano Municipal de Saúde (2018-2021) a estrutura do sistema de saúde de Fazenda Rio Grande se compõe da seguinte forma:



Considerando que o presente estudo tem como objeto a análise da prestação de serviços de saúde, a averiguação que segue tem como foco os Blocos (assim denominados pelo Plano Municipal de Saúde) de **Atenção Básica** e de **Média e Alta Complexidade**.



No que tange à **Atenção Básica**, o Município conta com 11 (onze) UBS (Unidades Básicas de Saúde) em funcionamento, sendo 09 (nove) localizadas em área urbana e **02 (duas)** em área rural. Além delas, outras duas - Pioneiros e São Sebastião – encontram-se em fase de construção. Há ainda, segundo dados do Plano Municipal de Saúde, 18 (dezoito) equipes de estratégia da saúde da família, 6 (seis) equipes de saúde bucal e 89 (oitenta e nove) agentes comunitários de saúde.

Conforme dados apresentados pelo Município, as UBSs em funcionamento são integradas pelo seguinte quadro de pessoal:

UNIDADE DE SAÚDE CANAÁ (5209)	
Assist. Administrativo	04
Aux. Administrativo	01
Aux. de Enfermagem	02
Agente Comunitário de Saúde	03
Médico da Família	02
Técnico em Enfermagem	01
Enfermeiro	01
Aux. de Serviços Gerais	01
Aux. de Saúde Bucal	02
Cirurgião Dentista	01
Técnico em Saúde Bucal	01
Assessor e Coordenador	01

UNIDADE DE SAÚDE EUCALIPTOS (4400)	
Aux. de Enfermagem	02
Agente Comunitário de Saúde	11
Técnico de Enfermagem	03
Técnico em Saúde Bucal	01
Médico da Família	01
Enfermeiro	02
Cirurgião Dentista	02
Assistente Administrativo	01
Aux. de serviços gerais	01

UNIDADE DE SAÚDE GRALHA AZUL (4403)	
Aux. de enfermagem	03
Agente Comunitário de Saúde	10
Enfermeiro	03
Médico da Família	02
Auxiliar de Farmácia	01



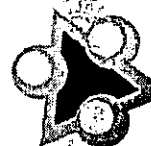
Técnico em Enfermagem	01
Aux. de serv. gerais	01
Assist. administrativo	01
Estoquista	01
Cirurgião dentista	01
Técnico em saúde bucal	01
Auxiliar de saúde bucal	01

UNIDADE DE SAÚDE HORTÊNCIA (5238)	
Assist. Administrativo	02
Agente Comunitário de Saúde	08
Técnico em enfermagem	03
Enfermeiro	02
Aux. de enfermagem	02
Aux. de farmácia	01
Médico da Família	01
Aux. de serviços gerais	01

UNIDADE DE SAÚDE IGUAÇU (4401)	
Auxiliar de Enfermagem	05
Agente comunitário de saúde	08
Médico da Família	02
Enfermeiro	02
Assist. Administrativo	02
Aux. de farmácia	01
Aux. Serv. Gerais	01
Assessor e Coord.	01

UNIDADE DE SAÚDE NAÇÕES (5210)	
Assist. Administrativo	01
Agente Comunitário de Saúde	05
Médico da Família	01
Aux. de Serviços Gerais	01
Enfermeiro	01
Técnico em enfermagem	02
Aux. de enfermagem	02
Agente de Saúde	01

UNIDADE DE SAÚDE PIONEIROS (4406)	
Assist. Administrativo	02
Enfermeiro	02
Agente Comunitário de Saúde	07
Aux. de Saúde Bucal	01
Aux. de Farmácia	01
Aux. Serv. Gerais	01
Médico da Família	02



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

Aux. de Enfermagem	04
Cirurgião dentista	01

UNIDADE SAÚDE - SANTA MARIA (4407)	
Assist. Administrativo	01
Aux. de Enfermagem	01
Agente Comunitário de Saúde	03
Aux. de Farmácia	01
Técnico em Enfermagem	03
Enfermeiro	01
Aux. de Serv. Gerais	01
Médico da Família	01

UNIDADE SAÚDE SANTA TEREZINHA (4407)	
Médico da Família	02
Aux. de Saúde Bucal	01
Agente Comunitário de Saúde	08
Assist. Administrativo	02
Enfermeiro	02
Técnico em enfermagem	02
Auxiliar de Enfermagem	02
Cirurgião Dentista	01
Assessor e Coordenador	01

UNIDADE SAÚDE SÃO SEBASTIÃO (4404)	
Enfermeiro	02
Assist. Administrativo	02
Aux. de enfermagem	02
Agente Comunitário de Saúde	04
Cirurgião Dentista	01
Médico de Família	01
Auxiliar de Serviços Gerais	01
Técnico em Saúde Bucal	01
Aux. de Saúde Bucal	01

UNIDADE DE SAÚDE VILA MARLI (4402)	
Agente Comunitário de Saúde	15
Auxiliar de Enfermagem	02
Técnico em Enfermagem	03
Assistente Administrativo	05
Médico da Família	03
Assessor e Coordenador	01
Auxiliar de Serviços Gerais	02
Enfermeiro	01

Insta sublinhar que o quantitativo de UBSs existentes atualmente no Município é adequado para a estimativa da população atual, visto que, nos termos do Item 2.1.1 do Anexo I da Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde:

I - para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 18 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica; e

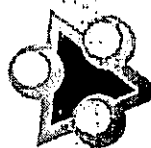
II - para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além das UBSs, a Atenção Básica, conforme organização do Município de Fazenda Rio Grande, possui outros departamentos, assim estruturados:

UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER (5298)	
Auxiliar de Saúde Bucal	01
Médico Pediatra	01
Enfermeiro	01

DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIMÁRIA - DASP (5272)	
Médico ortopedista	02
Enfermeiro	02
Médico Clínico Geral	01
Assist. Administrativo	01
Assessor e Coordenador	01

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF (5219)	
Fisioterapeuta	03
Assistente Social	01
Nutricionista	02
Fonoaudiólogo	01



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

ATENÇÃO BÁSICA ⁴ (5271)	
Agente Comunitário	01
Aux. Serv. Gerais	01
Assessor Téc. e Coord.	02
Cirurgião dentista	01
Médico da Família	01
Aux. de Enfermagem	01
Téc. de Enfermagem	01

Percebe-se dos quadros acima que a **Atenção Básica** no Município de Fazenda Rio Grande envolve a atuação direta⁵ de **262 profissionais**, todos servidores públicos municipais. Tal número corresponde a **50,28%** do total de servidores lotados na Secretaria de Saúde, que contém um total de **521 servidores** – sendo **151 (28,98%)** lotados na **UPA**, tratada logo a seguir.

Já no Bloco denominado pelo Plano Municipal de Saúde como **Média e Alta Complexidade**, destaca-se a existência de serviços de urgência e emergência da rede SAMU, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) municipal, bem como alguns procedimentos executados na estrutura do Hospital (HMNSA).

Deve-se destacar que Fazenda Rio Grande detém **Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde**, o que não atrai a competência, nos termos da regulamentação do SUS, para prestar serviços de média e alta complexidade. Não obstante, dadas as suas peculiaridades, já há algum tempo o Município implantou serviços que vão além de seus deveres mínimos. Daí decorre a previsão do **Bloco de Média e Alta Complexidade**, integrada pelo SAMU, pela UPA e o HMSNA. Cada uma

⁴ Embora, como sabido, UBSs sejam unidades que efetuam atendimentos de atenção básica, a documentação enviada pelo Município faz referência à unidade de lotação "5271" nominando-a "Atenção Básica"; logo, optou-se aqui por manter tal nomenclatura utilizada pelo Município.

⁵ Não foram computados na planilha os cargos lotados em unidades que efetuam rotinas administrativas de apoio, tendo-se computado apenas unidades em que ocorre efetiva prestação de ações e serviços de saúde.

dessas unidades possui, segundo dados da Secretaria de Saúde, o seguinte corpo funcional:

SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (5243)	
Técnico em Enfermagem	05
Assessor e Coordenador	01

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (5254)	
Aux. Administrativo	03
Médico Ginecologista e Obst.	07
Técnico em Radiologia	07
Médico Clínico Geral - Planton.	19
Aux. Serv. Gerais	13
Enfermeiro	10
Aux. Enfermagem	26
Assist. Administrativo	13
Técnico em Enfermagem	35
Médico Anestesiata	02
Aux. de Farmácia	02
Assist. Social - 30h	01
Assist. Social - 40h	01
Assessor e Coordenador	04
Farmacêutico	01
Médico Pediatra	03
Motorista - D	01
Guardião	01
Agente de Saúde	02

HOSPITAL MUNICIPAL (1539)	
Aux. de serv. Gerais	11
Cozinheiro	02
Aux. de enfermagem	03
Téc. em enfermagem	01
Enfermeiro	01
Nutricionista	01

Dessa análise, pode-se perceber que, à exceção do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida, as demais unidades de saúde municipais (Unidades Básicas de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento) encontram-se em funcionamento, estando dotadas de



profissionais suficientes, ainda que com alguma defasagem, para atender às necessidades da população.

Ressalte-se que todos os profissionais referidos nos gráficos, envolvidos na atenção básica e na UPA do Município, são servidores públicos municipais.

Em relação ao SAMU e à UPA, em que pese a dificuldade de gestão e as repercussões no índice da folha de pagamento, do ponto de vista da entrega dos serviços, é possível dizer que tais serviços se encontram em aceitável grau de funcionamento.

Isso porque, segundo dados do Município, o SAMU realizou em 2017 o total de **2.655** (dois mil, seiscentos e cinquenta e cinco) atendimentos, perfazendo média de **221** (duzentos e vinte e um) atendimentos mensais. Já os atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tiveram um total de **90.532** (noventa mil, quinhentos e trinta e dois), média de **7.544** (sete mil, quinhentos e quarenta e quatro) atendimentos mensais.

Todos os serviços podem e devem melhorar, em especial com a complementação de defasagens pontuais no quadro de servidores. Não obstante, o Município encontra-se impedido de realizar contratações em face dos limites impostos pela **Lei de Responsabilidade Fiscal** (a qual é tratada no Parecer Técnico sobre Modelos de Gestão, entregue em conjunto com o presente estudo).

Nessa esquadra, no momento atual, não se encontram presentes hipóteses que exijam medidas urgentes relativas à mudança no modelo de gestão das UBSs, do SAMU e da UPA.

Isso significa que, neste momento, considerando o contexto atual da saúde no Município, considera-se haver justificativa e viabilidade técnica para elaboração de Projeto de Gestão que abranja exclusivamente o HMNSA. Isso porque se trata da única unidade de saúde pública municipal que, atualmente, funciona de maneira gravemente deficitária, estando bastante subutilizada sobretudo pela falta de profissionais.

Nada impede, contudo, que num segundo momento, seja realizado estudo acerca da conveniência de elaboração de um novo Projeto de Gestão para a UPA, com vistas ao remanejamento dos servidores lá lotados para complementação do déficit parcial apresentado nas UBSs.

O HMNSA, no contexto da saúde municipal, terá o mérito de auxiliar no desafogo na UPA, à medida que concentrará todos os atendimentos pediátricos e de gestantes, consideravelmente numerosos na UPA. A preocupação, para além da quantidade de atendimentos, está também em sua qualidade, à medida que o tratamento humanizado da saúde da gestante e do infante é incompatível com seu atendimento em unidades de urgência e emergência geral como as UPAs, em que são atendidos pacientes com toda espécie de agravo (traumas, surtos psiquiátricos, doenças infecto-contagiosas, etc.). A temática será aprofundada a seguir, ao se enfrentar a vocação do HMNSA.

4. O HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA APARECIDA – HMNSA

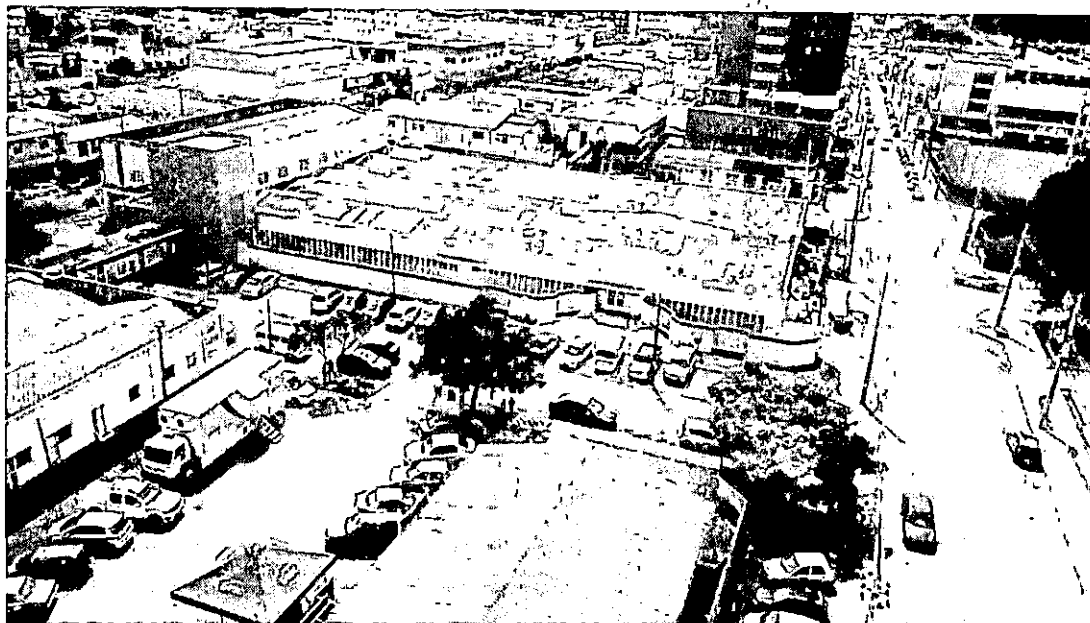


Foto do prédio principal do HMNSA. Fonte: O Repórter



Foto aérea com destaques para o Hospital (acima), a UPA (abaixo) e a BR-116 (à direita). Fonte: Google



4.1. Estrutura e funcionamento atual

O Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida está localizado na Rua Francisco Claudino dos Santos, nº. 430, bairro Iguaçu.

O complexo hospitalar é formado por 2 (dois) prédios, aqui denominados para fins didáticos de “Prédio Principal” e “Prédio Anexo”, ambos dotados de 01 pavimento inferior e, no caso do Prédio Principal, de 01 pavimento superior que ocupa aproximadamente 20% da área do pavimento inferior. Confira-se:

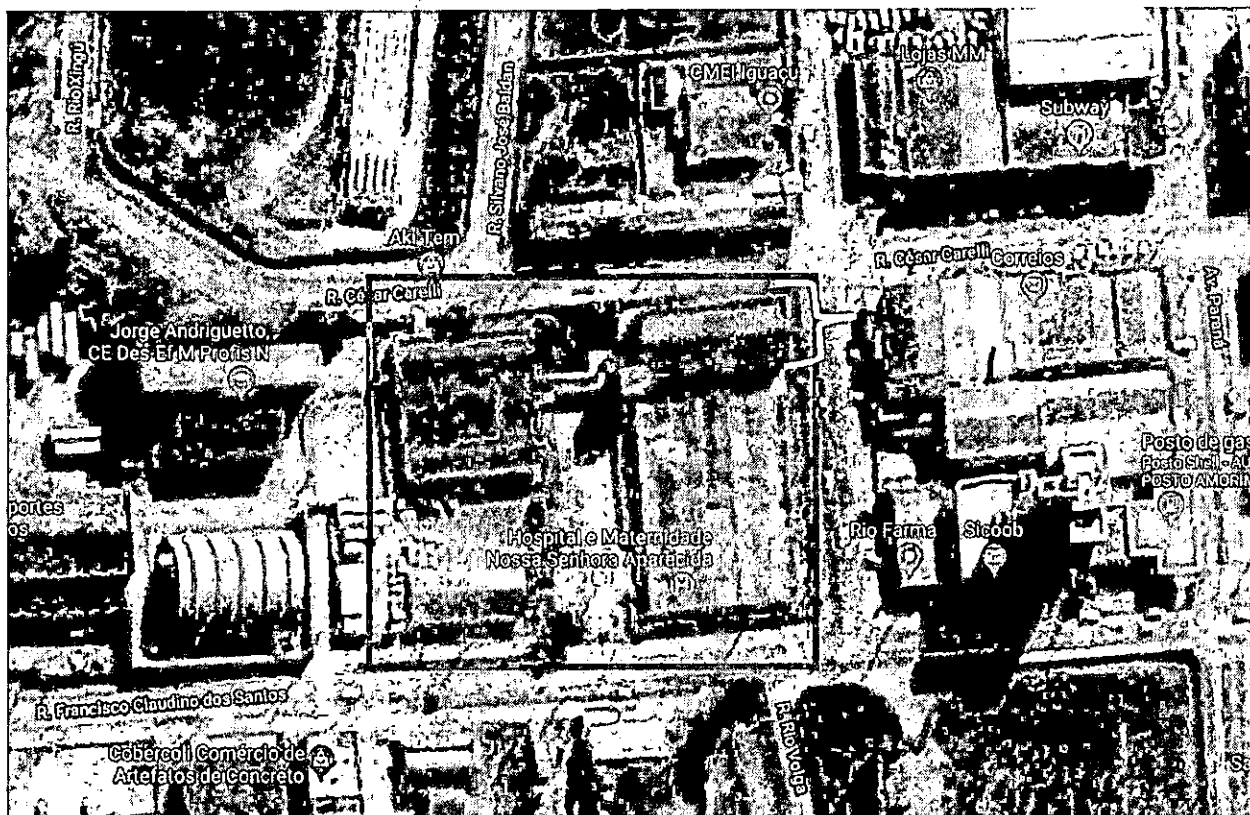
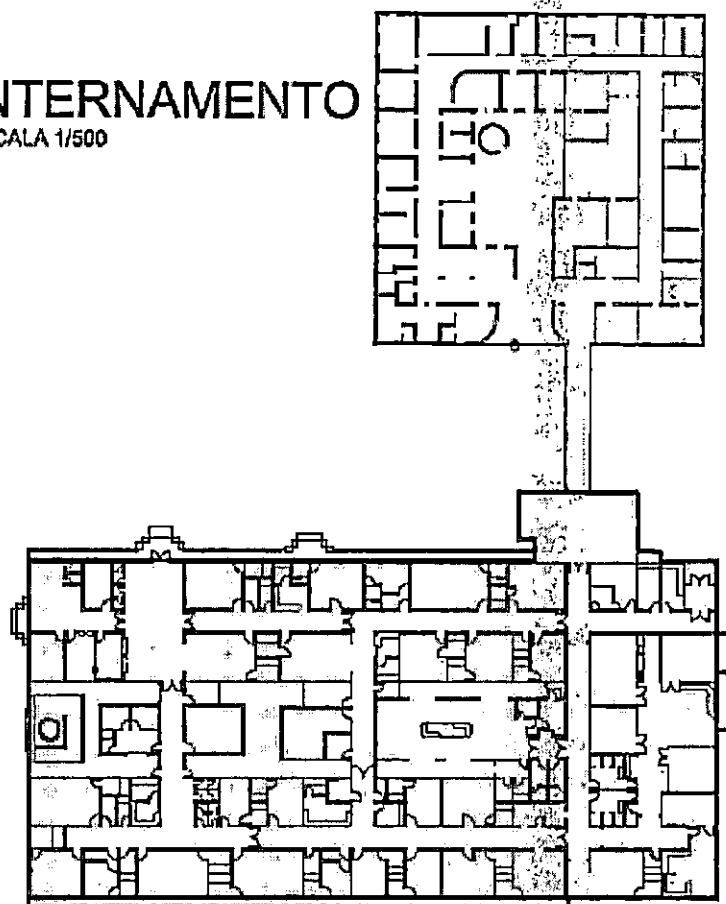


Foto aérea com destaque ao HMNSA. Fonte: Google
Azul: Prédio Principal | Vermelho: Prédio Anexo | Amarelo: destaque pavimento superior

Analistem-se agora as plantas baixas constantes do Projeto Arquitetônico do Hospital, principiando pela visão geral da planta:

INTERNAMENTO

ESCALA 1/500

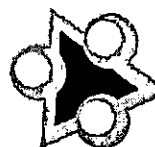


Visão geral da planta

Cinza: prédio principal | Verde: prédio anexo - hospital | Branco: prédio anexo - SMSA

Note-se que apenas foi destacada a planta baixa do primeiro pavimento do Prédio Principal. Isso se deve ao fato de que o pavimento superior foi construído posteriormente e jamais utilizado, estando hoje apenas no contrapiso - e não se teve acesso à sua planta.

Outro ponto a se notar é em relação ao Prédio Anexo, o qual está hoje subdividido em duas estruturas parcialmente apartadas por *dry-wall*: uma integrante do fluxo do Hospital (destacada em verde na planta); outra recém reformada, atualmente ociosa, pensada para servir de

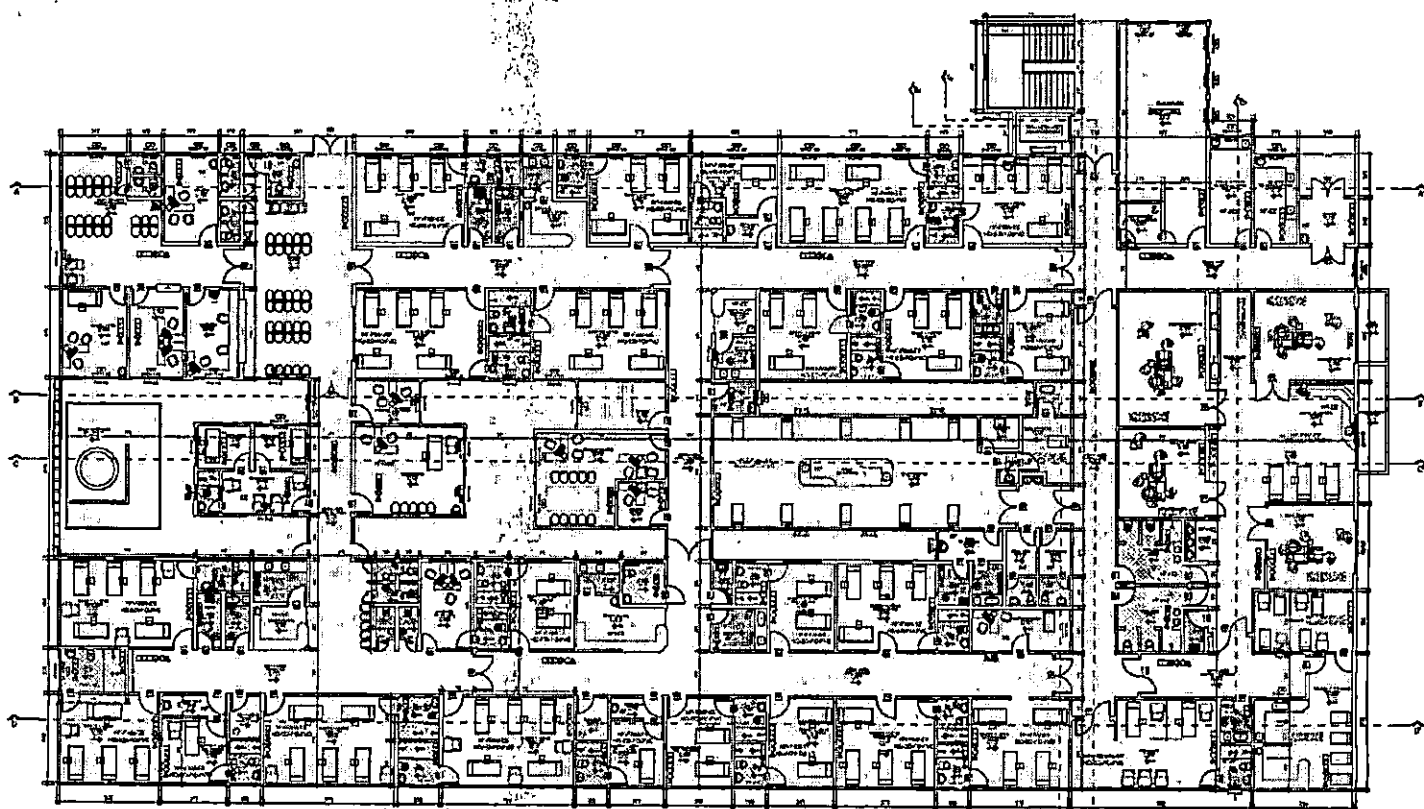


ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

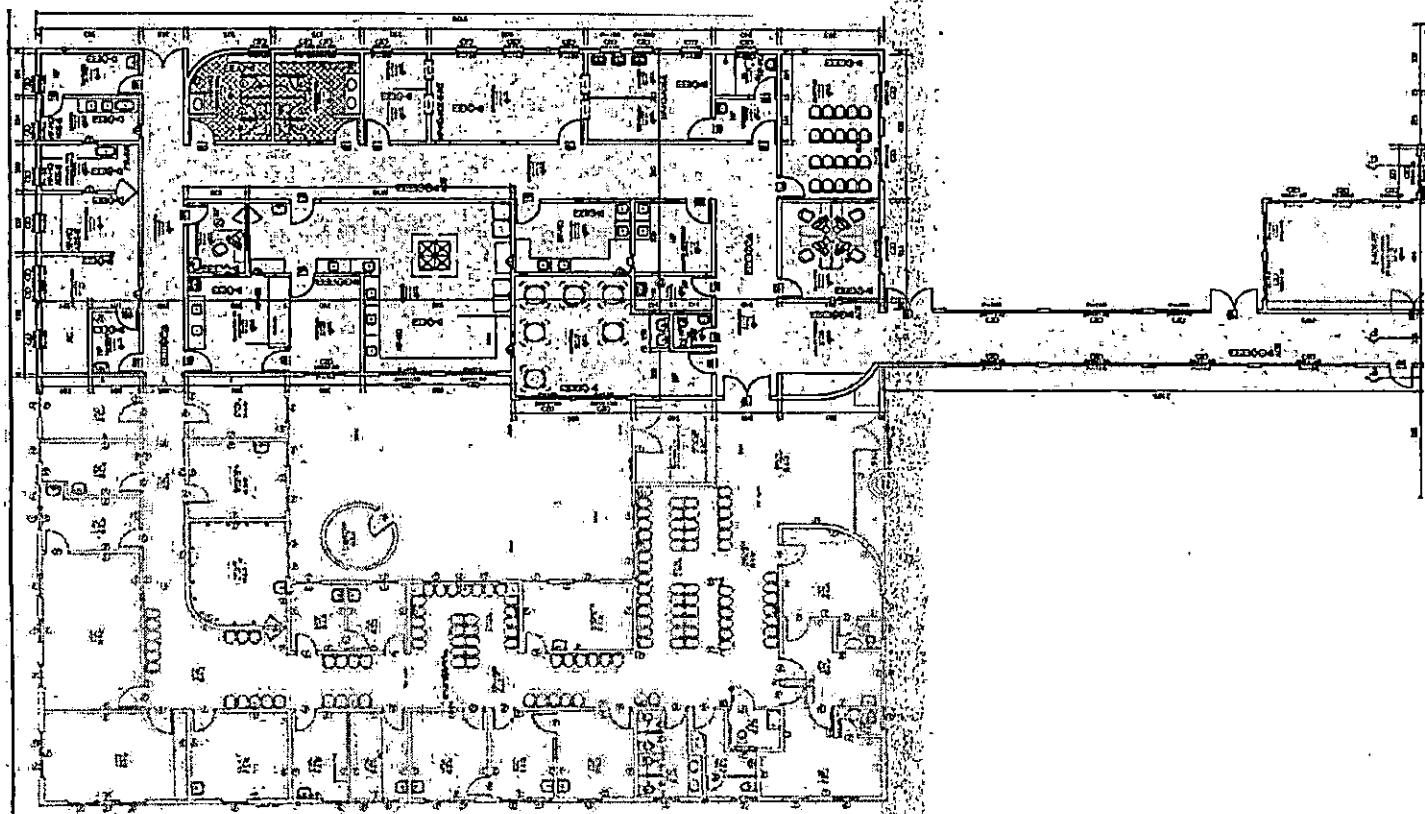


espaço para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (destacada em branco na planta).

Veja-se com um pouco mais detalhes cada uma das plantas – naturalmente em baixa resolução em razão da limitação de espaço na folha:



Planta baixa detalhada: prédio principal.



Planta baixa detalhada: prédio anexo.

Verde: continuação do Hospital.

Branco: estrutura projetada para utilização pela SMSA.

Analisando as plantas e após realização de visitas técnicas, chegou-se facilmente à conclusão de que a estrutura física do prédio a ser destinado à área hospitalar foi projetada para dar abrigo a um **Hospital Materno Infantil**. A conclusão é nítida ao se analisar elementos como: (i) espaço e posicionamento dos leitos; (ii) dimensionamento da UTI, que apenas comporta leitos neonatais; (iii) lavatórios nos centros cirúrgicos; (iv) espaços para berçário.

A partir dessa constatação inicial, tornou-se possível contextualizar cada um dos espaços constantes da planta baixa do projeto arquitetônico executado, a qual contempla as seguintes dependências (considerando ambos os prédios):

- 01 recepção com 35 lugares



- 03 sanitários, sendo um para necessidades especiais
- 01 sala de classificação de risco
- 01 sala de triagem
- 01 sala de espera para 26 lugares, com 02 sanitários
- 01 consultório médico
- 01 sala para prontuário médico
- 18 leitos clínicos
- 18 leitos cirúrgicos, sendo um de isolamento
- 39 leitos, aparentemente subdivididos em 20 leitos pediátricos e 19 leitos de maternidade
- 11 leitos de UTI, com dimensões que não comportam leitos adultos
- 01 centro cirúrgico com 04 salas, com lavabos inadequados e sem sala de descanso médico;
- Local de Recuperação Pós Anestésica (REPAI) no interior do centro cirúrgico, com 03 leitos
- 01 sala de cuidados com recém-nascido;
- 01 ambiente para pré-parto, com capacidade de 02 leitos;
- 04 Postos de enfermagem
- 01 sala para gerência de enfermagem
- 01 sala descanso médico próxima à recepção
- 01 Farmácia central
- 01 Morgue
- 01 Entrada de paciente com ambulância
- 01 Escada que dá acesso ao piso superior
- 01 Vão para elevador, sem elevador instalado
- 01 Cozinha
- 01 Refeitório
- 01 Lavandéria
- Central de Materiais e Esterilização;
- 01 Sala de Raio-X;

- Diversas salas administrativas ou sem destinação específica;

Há que se destacar desde já que a estrutura hospitalar existente está defasada, possuindo diversos itens em descompasso com as atuais exigências do Ministério da Saúde e do Corpo de Bombeiros – principalmente no tocante à Central de Materiais –, consoante demonstra o Relatório de Vistoria do Corpo de Bombeiros analisado. A situação inviabiliza qualquer tentativa de implantação do Hospital sem prévios ajustes de infraestrutura.

Consoante destacado no tópico precedente, o HMNSA já esteve em funcionamento na qualidade de Hospital Maternidade, tendo atuado por diversos anos até sua paulatina desnaturação por deficiências estruturais e de pessoal.

No ano de 2017, de acordo com informações prestadas pelo Município, foram realizados procedimentos como:

Procedimento	Quantidade Anual
Consulta Pediátrica	1.126
Consulta obstétrica	6.620
Consulta com observação (emergência)	1.456
Parto normal	159
Cesária	81
Curetagem	627
Internamento Obstétrico	331
Internamento Pediátrico	16
Administração de Medicamentos	5.364
Triagem auditiva	212
Ecografia Obstétrica	2.059



Cardiotoco	296
Tratamento obstétrico	48
Tratamento pediátrico	27
Cirurgia Ginecológica	18

Com o tempo, ante as demandas por profissionais na UPA e ante a impossibilidade de contratação de pessoal, a estrutura existente foi deixando de funcionar como Hospital e passou a ser (sub)utilizada para realização de consultas médicas ambulatoriais e pequenos procedimentos médicos de baixa complexidade.

Assim, a partir de 2018, consoante constatado nas visitas técnicas realizadas, a unidade foi utilizada apenas para a realização de consultas médicas de pediatria, cardiologia, ecografia (ocupando o espaço da classificação de risco); para a utilização por parte da equipe de gestão da atenção primária da SMSA (ocupando sala projetada para a ala de pediatria); para a gestão de Recursos Humanos da SMSA (ocupando o espaço à direita que dá acesso à lavanderia e CME); além de estarem ativas a lavanderia, a cozinha e a central de materiais – que funcionam para atender a UPA.

4.2. Vocação do HMNSA no contexto da saúde local

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ligado ao Ministério da Saúde, dos 399 municípios do Paraná, 125 não possuem sequer um hospital geral (o número que equivale a 31% do total). Isso significa que praticamente um milhão de cidadãos paranaenses precisam se deslocar para outras localidades quando necessitam de atendimento hospitalar.



De outro lado, enquanto o Ministério da Saúde (Portaria 1.101/2002) recomenda que existam entre dois e três leitos para cada mil habitantes, a média brasileira é de 1,8 e a paranaense alcança 2,08 leitos/1.000 habitantes. Isso deriva em parte do fato de que boa parte dos Municípios paranaenses é de pequeno porte, enquanto que, em média, hospitais de média complexidade somente se viabilizam economicamente em cidades com mais de 30 mil habitantes.

Tendo isso em mente, e considerando ainda que:

(i) o Município de Fazenda Rio Grande não possui unidade pública de saúde com característica de maternidade;

(ii) não é adequado que crianças e gestantes sejam acolhidos em Unidades de Pronto Atendimento, seja a partir da óptica da humanização no atendimento à saúde, seja no que toca à submissão indevida a elevados riscos de infecção hospitalar;

(iii) o HMNSA está projetado arquitetonicamente para ser maternidade (salas com pia para banho de recém-nascidos, berços, UTI com espaço apenas para leitos neonatais, quartos projetados para atendimento de gestantes, etc.);

(iv) para além do aspecto arquitetônico, também tecnicamente há maior viabilidade de implantação de Hospital com foco em maternidade, visto que a unidade possui uma única recepção, o que colocaria em risco de infecção cruzada para as parturientes acaso se fizesse fluxo cruzado;

(v) o contexto da demanda municipal e regional justifica unidade com características que tais;



(vi) mais de 50% da população municipal é feminina e em idade fértil;

(vii) o **Plano Municipal de Saúde** vigente – inicialmente confeccionado na **10ª Conferência de Saúde** e apresentado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 21 de novembro de 2017 – no Eixo de Média e Alta complexidade, assim elenca como prioridade:

5. Reabertura do Centro Cirúrgico Obstétrico do HMNSA, estudar a possibilidade de ofertar além da maternidade clínica médica, cirurgia geral, pediatria e UTI Neonatal, pleiteando convênio com o governo do Estado.

(viii) com a abertura da UPA e a diminuição no efetivo do HMNSA, houve enorme diminuição de nascimentos no Município de Fazenda Rio Grande, sendo que, enquanto em 2017, apenas 22% (vinte e dois por cento) dos fazendenses nasciam no Município, em 2018 este número chegou a menos de 2% (dois por cento), conforme se verifica do seguinte gráfico, confeccionado a partir de dados do Município:

	Comparativo	
	2017	2018
Nascidos vivos em Fazenda Rio Grande	281	25
Nascidos vivos em outro Município	1297	1256

(ix) na mesma direção, a taxa de natalidade de Fazenda Rio Grande é mais de 60% (sessenta por cento) superior à média nacional – segundo dados do Município, enquanto localmente a taxa de natalidade é de 22,9/1000 habitantes, no plano nacional a taxa é de 14,16/1000 hab.), dado que explica, em parte, o



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

crescimento da população fazendense e, em muito, a necessidade de uma maternidade pública local.

Nesse quadro, torna-se bastante óbvia a **vocação** do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida: servir como **Hospital Materno-Infantil** voltado ao acolhimento e assistência à saúde da gestante, da parturiente de baixo risco, da criança e do adolescente, com sólido enfoque nas áreas de **ginecologia, obstetrícia e pediatria**, proporcionando aos munícipes a oportunidade de nascerem com assistência de qualidade, segurança e humanização em seu próprio Município.

O HMNSA, assim, bem planejado e implantado com as reformas necessárias, pode tornar-se referência na saúde materno-infantil. Estabelecendo um perfil assistencial modificado em virtude das necessidades da população para a qual presta assistência, pode-se investir na criação de serviços e rotinas que garantam uma assistência de qualidade dentro de uma visão humanizada e integral à gestante e à parturiente.

É sabido que o diferencial de um hospital materno-infantil não está apenas nas paredes coloridas e nas dependências, mas sim em outros fatores (a maioria deles "invisíveis") que fazem do hospital referência no nascer e no cuidado. Por pensar exclusivamente na mulher e nas crianças, um hospital com tais características estará sempre por dentro das últimas pesquisas, e será o primeiro a colocar em prática as tendências mundiais em cuidados materno-infantis.

Ademais, hospitais focados nestas especialidades costumam ter níveis muito baixos de infecção, pelo próprio perfil de doenças que atende, circunstância que proporciona menor custo ao sistema como um



todo, comparado à atual situação de atendimento de tais cidadãos na UPA – local de maior probabilidade de infecção.

A Localização do Município é estratégica e permite atender Municípios que hoje não possuem unidade hospitalar de referência, uma vez que é passagem para a Capital Curitiba.

Ademais, a atuação focada em maternidade propicia a possibilidade de captação de recursos mediante credenciamento como “Hospital Amigo da Criança”, no “Programa Rede Cegonha”, na aplicação do “Método Canguru”, com banco de leite humano.

Em assim sendo, considerado o contexto da saúde municipal e analisada a estrutura da unidade hospitalar em questão, não há dúvidas em se estabelecer como diretriz do Projeto de Gestão a seguir proposto o enquadramento do HMNSA como Hospital Materno-Infantil.

4.3. Projeto de Gestão para o HMNSA

A seguir, apresenta-se o Projeto de Gestão proposto para implantação do HMNSA enquanto Hospital materno-infantil, consoante justificado acima.

Diversos fatores foram ponderados para se chegar à conclusão da melhor maneira de conduzir o processo de implantação, com o intuito de:

- (i) *viabilizar financeiramente* a implantação do Hospital, considerando as conhecidas limitações orçamentárias dos Municípios brasileiros;



- (ii) obter os melhores resultados na prestação dos serviços propostos;
- (iii) facilitar o monitoramento e fiscalização da prestação dos serviços por parte do Poder Público (SMSA);
- (iv) implantar e parametrizar o sistema de informação hospitalar;
- (v) auferir certificação ONA na unidade hospitalar.

Tendo todos esses elementos em mente, chegou-se à conclusão de que a melhor forma de implantação do HMNSA é mediante previsão de **3 (três) fases distintas**, de caráter evolutivo, com **progressivo incremento de novos serviços** à medida que (i) a implantação da fase anterior ocorrer com sucesso (é dizer, com eficiência e segurança nos serviços prestados) e que (ii) houver disponibilidade orçamentária por parte do Município, com apoio estadual e federal, em implantar a fase subsequente.

As fases serão a seguir minudenciadas, de todo modo, segue-se resumo geral dos serviços a serem implantados em cada uma delas:

FASE 01: MATERNIDADE E PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL (PAI)

- 19 (dezenove) leitos de maternidade baixo risco
- 05 (cinco) leitos de observação obstétrica
- 02 (dois) leitos pré-parto
- 03 (três) leitos recuperação pós-parto (REPAI)
- 02 (duas) salas de parto
- 11 (onze) leitos de pediatria
- 09 (nove) leitos de observação PAI
- Classificação de risco obstétrico e PAI
- Instalação de área administrativa no piso superior



FASE 02: CLÍNICA E CIRURGIA GINECOLÓGICA

- 11 (onze) leitos cirúrgicos
- 02 (duas) salas de cirurgia ginecológica
- 06 (seis) leitos clínicos (ginecológicos/obstétricos)
- 02 (dois) quartos-parto

FASE 03: UTI NEONATAL E ACREDITAÇÃO ONA

- 03 (três) leitos de UTI pediátrica
- 05 (cinco) leitos de UTI neonatal
- 03 (três) leitos de UCIN (cuidados intermediários)
- Acreditação ONA I

Na **primeira fase**, propõem-se apenas sejam realizados atendimentos hospitalares de **baixa complexidade de urgência obstétrica e pediátrica**, bem como **partos de baixo risco**. O foco deverá ser, naturalmente, os usuários do Sistema Único de Saúde que tiverem essa necessidade identificada nos serviços básicos de saúde (UPA, UBS) de Fazenda Rio Grande, recomendando-se sua ampliação para Municípios vizinhos mediante pactuação com o SUS. Neste início, deverão ser credenciados todos os profissionais atuantes no CNES, assim como todos os serviços.

Aqueles tratamentos que não possam ser atendidos pelos serviços médicos ofertados pelo Hospital deverão obrigatoriamente ser encaminhados para o local pactuado para aquela especialidade e complexidade, conforme definição do Plano Operativo Estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde da Fazenda Rio Grande e Secretaria Estadual de Saúde.



A partir da **segunda fase**, propõe-se o credenciamento de procedimentos de **média complexidade, clínico pediátrico, obstétrico e cirúrgico.**

Na **terceira fase**, finalmente, deverá ser realizado o credenciamento de procedimentos de **alta complexidade em UTI neonatal** referenciada.

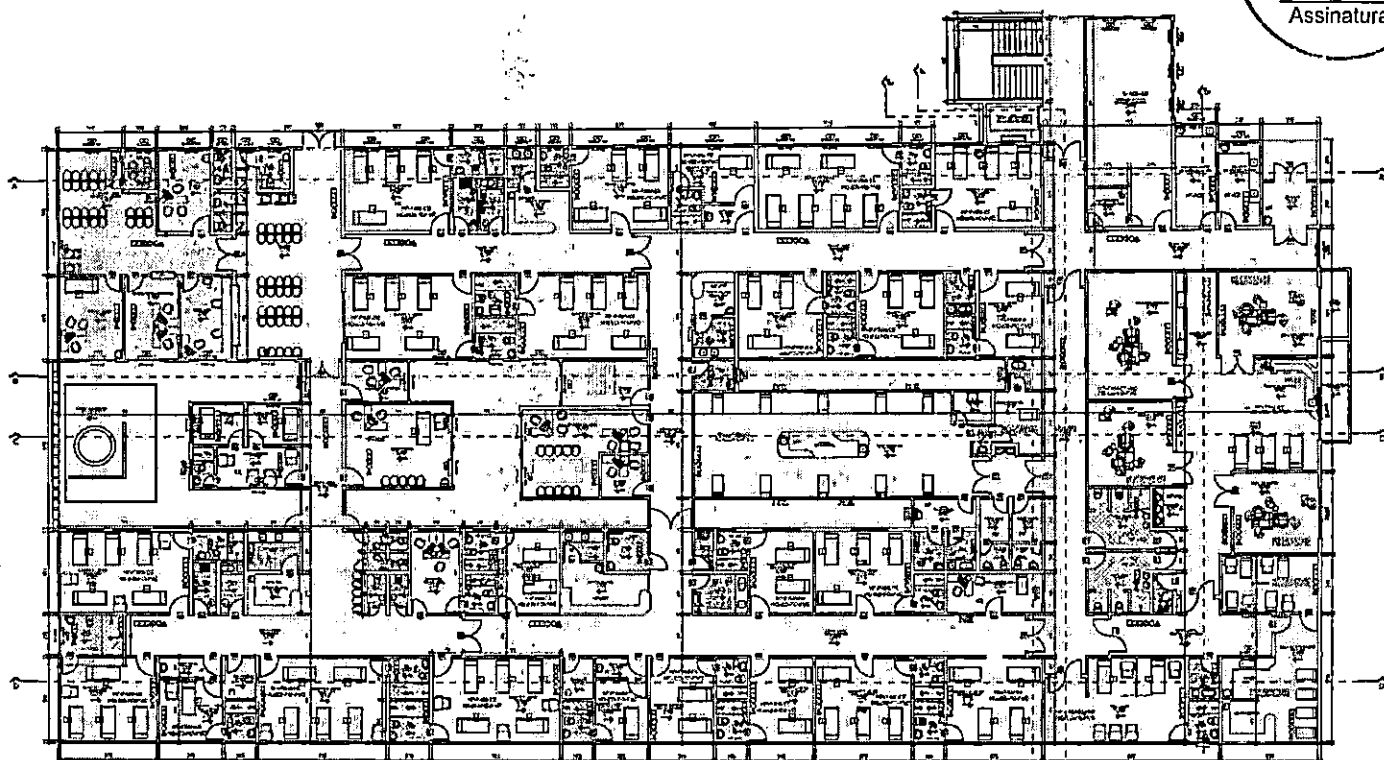
**DEPENDÊNCIAS DO HMNSA QUE REMANESCERÃO OCIOSAS -
PROPOSTA DE DESTINAÇÃO**

A estrutura física de todo o complexo hospitalar é consideravelmente superior às necessidades atuais de um Hospital materno-infantil voltado à demanda do Município. Isso significa que, mesmo com o funcionamento completo do HMNSA, considerando a implantação da FASE 03, haverá espaços que remanescerão ociosos.

Naturalmente, trata-se de situação indesejada e que merece o devido tratamento, para que espaços públicos sejam devidamente destinados às suas finalidades precípuas.

Em primeiro lugar, será posto em disponibilidade para uso pela SMSA o espaço situado logo à esquerda (do ponto de vista da planta) da entrada do Prédio Principal. Tal espaço possui acesso independente pela rua, o que permite que sua porta de comunicação com o Hospital seja lacrada.

Confira-se na planta:



Vermelho: estrutura a ser utilizada pelo Município,
apartada das rotinas hospitalares.

Neste espaço, sugere-se que o Município implante uma **Unidade de Saúde da Mulher**. A unidade, apesar de seu funcionamento independente do Hospital, trabalharia dentro do contexto e na área de vocação do HMNSA, atraindo para a região boa parte da demanda da maioria feminina do Município.

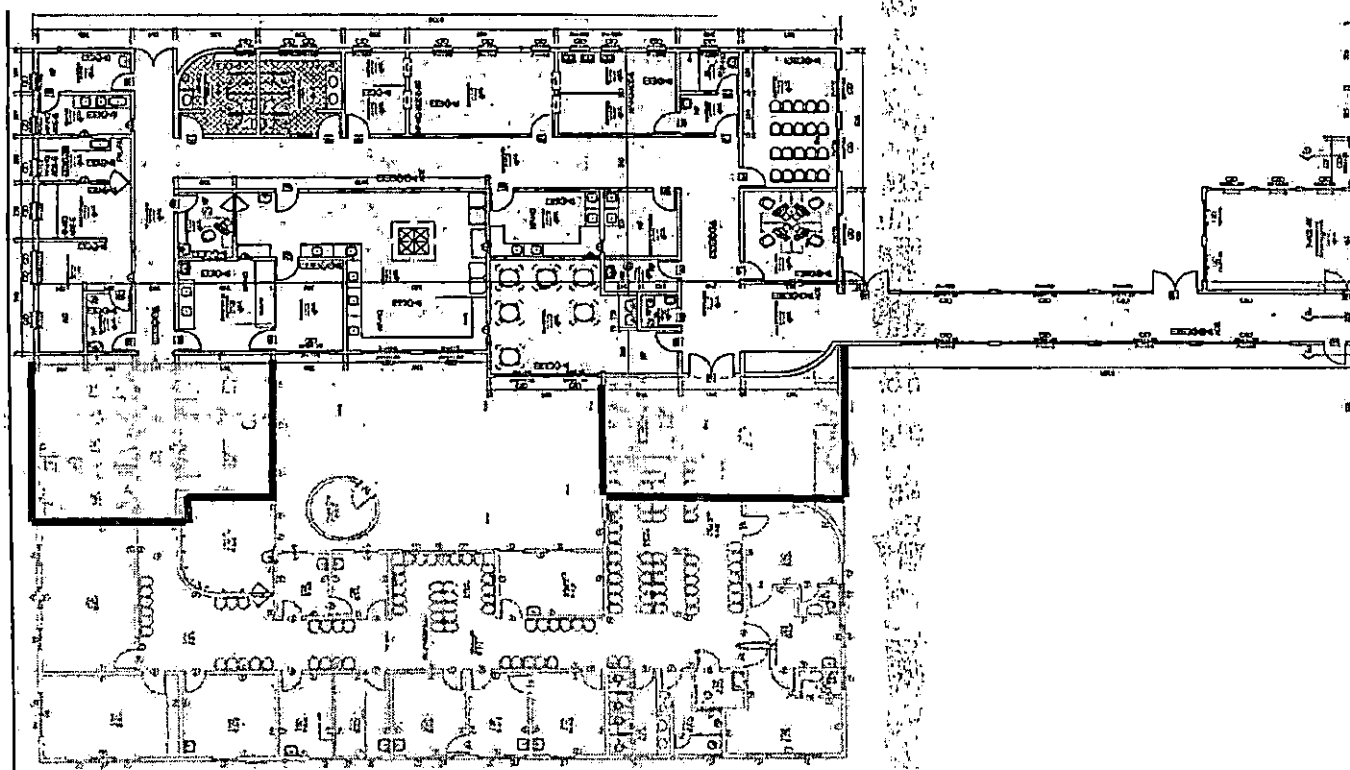
Neste ponto, a proposta estaria alinhada às pretensões esposadas pelo Município, ao dispor em seu **Plano Municipal de Saúde** vigente, no Item 28 do “Eixo de Atenção Básica (Saúde da mulher e outros)”:

28. Criar um centro específico para o cuidado à saúde da mulher.

Da mesma forma, a despeito da necessidade de ampliação da estrutura do Prédio Anexo que atualmente serve ao Hospital, ainda assim grande parte do Prédio Anexo ficaria ociosa, permitindo sua utilização

pela SMSA. Considerando que o Prédio Anexo também possui diversas entradas independentes, e que seria possível a realização de pequenas reformas para apartação das estruturas, a proposta é perfeitamente viável.

Confira-se na planta:



Verde: área atualmente utilizada no fluxo do hospital | Vermelho: área a ser incorporada ao Hospital | Branco: estrutura a ser utilizada pelo Município, apartada das rotinas hospitalares.

O espaço possui entrada independente, uma recepção de bom tamanho, diversos locais para espera e várias salas (dentre as quais uma de Raio-X). Considerando constatações extraídas das visitas técnicas realizadas, a área em questão poderia ser utilizada pela SMSA para diversas funções, notadamente de caráter administrativo, reunindo setores da secretaria que hoje, por falta de outras dependências disponíveis, trabalham em locais inadequados (por exemplo, em alas de internação do Hospital). A área encravada de pátio aberto, inclusive,



poderia servir de local para atendimento e tratamento de pacientes psiquiátricos.

Inclusive, considerando a existência de sala de Raio-X e de diversas salas com locais de espera, uma parte do espaço poderia ser utilizada para implantação de **Centro de Especialidades Médicas**, o que iria ao encontro das pretensões esposadas pelo Município, ao dispor em seu **Plano Municipal de Saúde** vigente, no Item 7 do "Eixo de Média e Alta complexidade":

7. Estudar a criação de ambulatório de especialidades.

Seriam estas as áreas passíveis de utilização pela SMSA fora do contexto e do fluxo do Hospital. Nesse caminho, por certo, reitere-se a necessidade de realização de pequenas reformas para segregação dos espaços, a fim de separar por completo os fluxos e impedir em absoluto qualquer espécie de intercâmbio e contato entre as rotinas hospitalares e as rotinas de tais espaços cedidos.

Passa-se agora à descrição pormenorizada de cada uma das fases de implantação do Projeto proposto.

FASE 01
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
E PEDIÁTRICA DE BAIXO RISCO

A Fase 01 contempla a implantação dos serviços essenciais de uma unidade hospitalar, além de iniciar as atividades de atendimento/internamento das duas principais especialidades pertinentes à vocação do hospital.



Espera-se, na Fase 01, implantar a seguinte estrutura de serviços:

- 19 (dezenove) leitos de maternidade baixo risco
- 05 (cinco) leitos de observação obstétrica
- 02 (dois) leitos pré-parto
- 03 (três) leitos recuperação pós-parto (REPAI)
- 02 (duas) salas de parto
- 11 (onze) leitos de pediatria
- 09 (nove) leitos de observação PAI
- Classificação de risco obstétrico e PAI
- Área administrativa no piso superior

A ideia aqui é iniciar as atividades do HMNSA com a transferência dos atendimentos pediátricos da UPA, separando, qualificando o serviço, proporcionando aos pacientes (pai, mãe e criança adoentada) maior conforto e segurança no atendimento, além disso, implantar o serviço do PAI no município, dando maior visibilidade ao mesmo.

Ademais, o atendimento de urgência e emergência obstétrica proporcionará aos munícipes desde o início das atividades a opção de **nascer em Fazenda Rio Grande**, além é claro de implantar uma das metas do Plano Municipal de Saúde consoante destacado acima.

Além dos serviços propriamente ditos estarem tomando consistência, espera-se nesta primeira fase a:

(i) Organização dos fluxos assistenciais conforme a especialidade (ginecologia, obstetrícia e pediatria);

(ii) Início dos processos de qualidade, conscientização, capacitação das equipes, desenhos dos macroprocessos, fluxos, rotinas e protocolos;

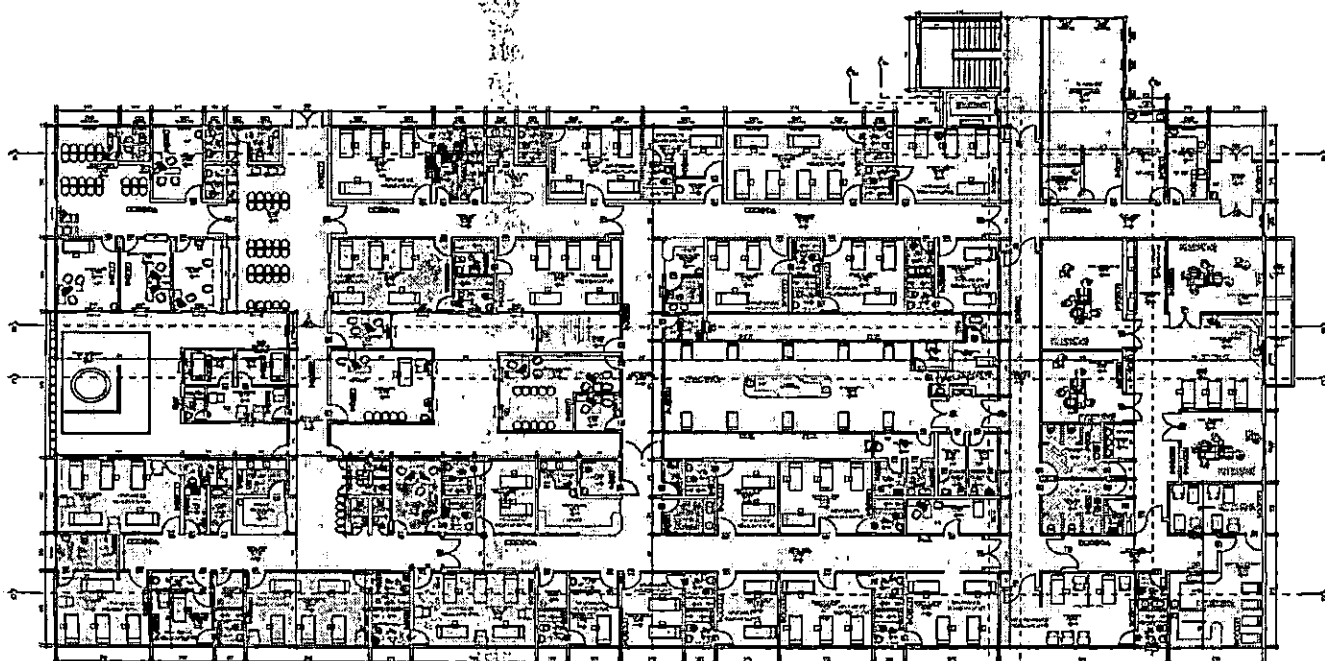
(iii) Implantação e parametrização de Sistema de Informação Hospitalar robusto e qualificado;

(iv) Implantação do sistema de kits cirúrgicos, utilizando-se a metodologia PEPS de controle de estoque, para o fornecimento de insumos (material médico-hospitalar, medicamentos) destinado aos procedimentos cirúrgicos.

Fluxos de atendimento a serem implantados

Para atender às necessidades do serviço, à estrutura do hospital e à legislação vigente, separando as rotinas conforme a especialidade e especificidade a fim de evitar o cruzamento dos fluxos clínico, pediátrico e obstétrico, serão necessárias adequações nos fluxos em relação ao previsto no projeto arquitetônico.

Doravante, todas as referências direcionais serão feitas tomando-se por base a perspectiva da visão da planta.





Sala de espera, Acolhimento Classificação de risco, Consultórios e Observação do PAI

A sala de espera do PAI deverá ser alocada no primeiro quarto **inferior** do primeiro corredor à direita, que dá acesso à área prevista na planta como ala clínica (*destaque em vermelho na planta*). O local já possui banheiro e tamanho adequado.

Seguindo o corredor em direção à ala da pediatria, a primeira sala à direita – onde na planta atual seria o Atendimento social –, deve ser estabelecida a Classificação de risco pediátrico. Na sala seguinte à direita, onde a planta atual previu a sala de fisioterapia, devem ser implantados dois consultórios pediátricos. *Destaque de ambas as salas em amarelo na planta.*

Já para a observação clínica pediátrica, segue-se o corredor que dá acesso à unidade pediátrica, vira-se à esquerda e deverão ser utilizados os dois últimos quartos ao fim do corredor da unidade pediátrica como a observação infantil contando 09 leitos (*destaque em verde na planta*).

Separa-se assim a observação da internação, embora estejam no mesmo corredor.

Internação Pediátrica

Para a internação pediátrica será utilizado o quarto de isolamento, com um leito, e os dois quartos com 05 leitos cada, ficando a unidade pediátrica para internação com 11 leitos no total (*destaque em roxo na planta*). Tais quartos estão na sequência do corredor da ala pediátrica, logo após aqueles previstos para a observação do PAI acima descritos.



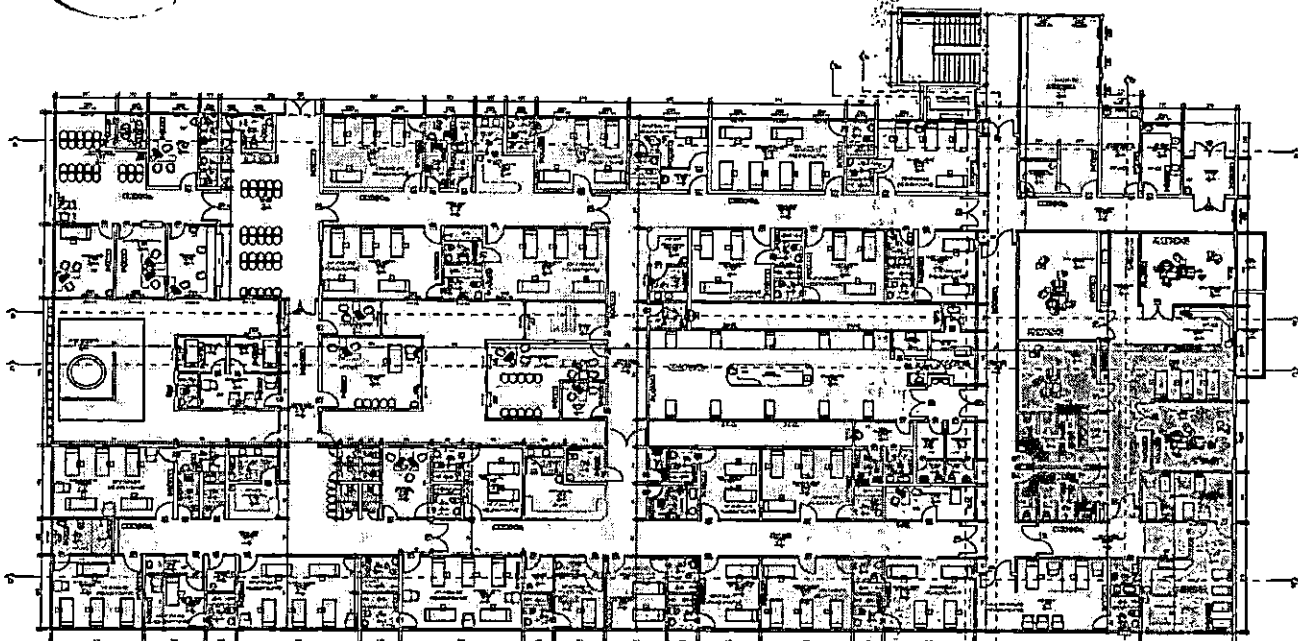
Brinquedoteca

Onde está prevista na planta atual a sala da Gerência de Enfermagem, deverá ser implantado o espaço de recreação para as crianças internadas, com livros, revistas e brinquedos e espaço de estudo (*destaque em laranja na planta*). A sala da Gerência de Enfermagem será realocada.

Fluxo da Pediatria

Com estas alterações, o fluxo da Pediatria ficará da seguinte forma:

- Paciente entra na recepção é iniciado a ficha no sistema;
- Encaminham-se para a sala de espera onde aguardará ser chamado para a sala de acolhimento e classificação de risco;
- Na sequência será encaminhado para o Consultório médico para consulta médica;
- Caso necessário, será encaminhado à observação ou para a internação;
- Após a alta, sairá pelo mesmo corredor de entrada, sendo dada baixa da alta pela recepção central.



Sala de Espera, Acolhimento Classificação de risco (A&CR)

A partir da recepção central, no primeiro quarto **superior** do primeiro corredor à direita, que dá acesso à área prevista na planta como ala clínica, deverá ser estabelecida a sala de espera para gestantes (*destaque em vermelho na planta*). Este possui banheiro e dimensão suficiente, conforme RDC 50.

A sala de A&CR deverá ficar onde hoje no projeto arquitetônico está previsto o posto de enfermagem da clínica médica, para isso será necessário retirar parte do mobiliário e fechar a parede deixando apenas uma porta (*destaque em amarelo na planta*).

Deverá ser implantado o protocolo de classificação de risco para gestantes, utilizando-se o manual de Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) do MS – Rede Cegonha.

Consultórios, observação Obstétrica e internação no Alojamento Conjunto/Maternidade

Os dois consultórios deverão ser adequados no segundo quarto superior da ala prevista como clínica médica, sendo que em um deles ficará o aparelho de ecografia. A observação obstétrica deverá ficar no segundo quarto inferior da ala da clínica médica (em frente ao quarto descrito acima), com 05 leitos. *Destaque de ambos os quartos em verde na planta.*

Maternidade e salas de parto

A ala de maternidade será instalada conforme previsão do atual projeto: a partir do corredor da clínica médica, vira-se no primeiro corredor à direita e ao final, novamente à direita.

A unidade de internação ficará na primeira fase com 19 leitos de Alojamento Conjunto, ocupando todos os quartos previstos na planta (*destaque em roxo na planta*).

As salas parto a serem utilizadas são as duas primeiras, à esquerda e à direita de quem acessa o centro cirúrgico. O REPAI também entrará em funcionamento. Logo abaixo do centro cirúrgico, os dois quartos à direita (final do corredor) serão utilizados para cuidados com o recém-nascido. *Destaque de ambos em laranja na planta.*

A unidade do PSO, assim, ficará com sala de espera, A&CR, dois consultórios, observação com 5 leitos – sendo um deles com cama PPP para atender aquelas pacientes que chegam em período expulsivo, não havendo tempo para conduzir à sala de parto.

Adequação das portas de acesso ao Alojamento Conjunto/Maternidade

O Alojamento Conjunto pode ser acessado por três portas e que estas devem possuir travas de segurança, controle de acesso e câmeras de monitoramento.

Fluxo do A&CR e maternidade

Com estas alterações o fluxo ficará da seguinte forma:

- Paciente faz o pré-cadastro na recepção;
- É encaminhada à sala de espera, onde será chamada para o A&CR que será realizado por um enfermeiro devidamente capacitado;
- Após avaliação, será encaminhada para a consulta médica e caso esteja em período expulsivo poderá ser internada, conforme protocolo estabelecido;
- O profissional médico realizará consulta e avaliação e, se necessário ficar em observação, será encaminhada;
- Para internação no Alojamento Conjunto (Maternidade), basta acessar os corredores de acesso, conforme descrito acima.

Ajustes estruturais necessários

No que toca às obras necessárias à adequação estrutural da unidade, sublinhe-se a necessidade de prévia consulta ao profissional responsável pela construção e reformas recentes realizadas na unidade, a fim de atestar sua viabilidade técnica.

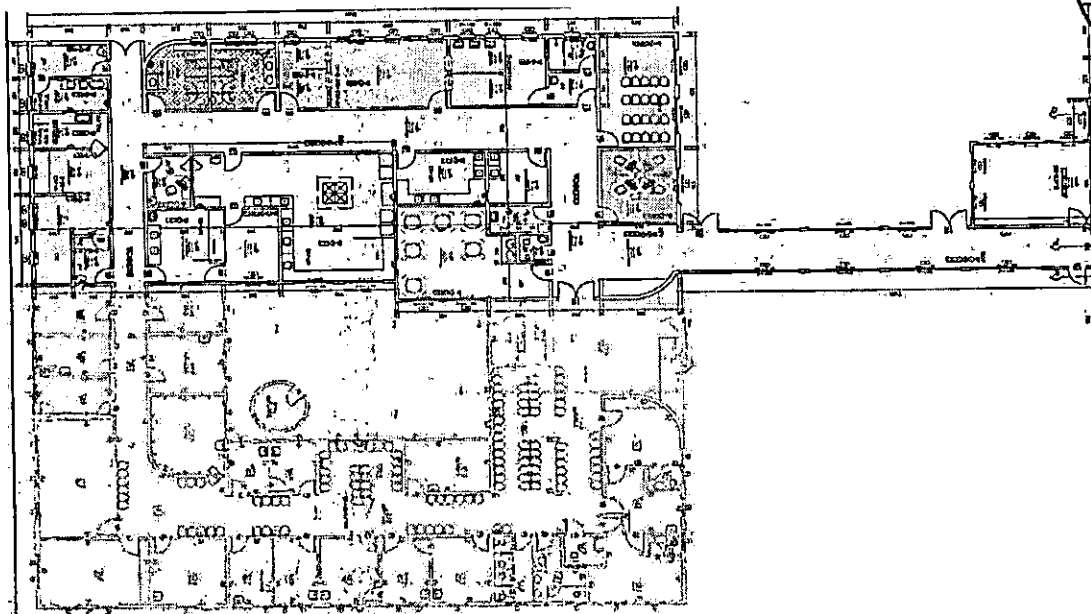
Segue abaixo rol relacionando os serviços e obras essenciais a serem realizados e implantados para início das atividades hospitalares. Trata-se dos serviços básicos no que se referem à segurança e à assistência, sendo que as especialidades escolhidas fortalecem a vocação do HMNSA:

Ação necessária	Justificativa
Adequação da estrutura física da recepção	Reorganizar fluxo de entrada de pacientes e abrir novo acesso para a equipe, propiciando segurança
Adequação da estrutura física do setor administrativo (piso superior)	Deverá ser promovida adequação do acesso e da área do piso superior, para utilização pelo setor administrativo do Hospital
Reforma da estrutura física da Central de Materiais e Esterilização, atendendo à legislação vigente – RDC 50 e RDC 15.	A atual estrutura da CME está em completo desacordo com a RDC 15 e a RDC 50. Diversas não conformidades foram evidenciadas no Auto da Vigilância Sanitária de 12/2016
Reforma e adequação da lavanderia	A estrutura possui diversas não conformidades evidenciadas no supracitado Auto; ademais, o atual espaço não atenderá a demanda do hospital como um todo
Reforma e adequação da cozinha e refeitório e implantação do Lactário	Cozinha e Refeitório possuem diversas não conformidades, conforme evidenciado no Auto da Vigilância Sanitária; ademais, o atual espaço não atenderá a demanda especialmente no que tange ao refeitório. Lactário é uma unidade com área restrita, destinada à limpeza, esterilização, preparo e guarda de mamadeiras, basicamente, de fórmulas lácteas. Para iniciar as atividades



	com pediatria, é obrigatória a implantação de Lactário
Reforma e adequação dos vestiários dos colaboradores	Mesmas razões dos itens anteriores (não conformidades e insuficiência de espaço, o que no caso é reforçada pela NR32 do Ministério do Trabalho e Emprego)
Adequação dos lavabos	A unidade deverá possuir 02 lavabos para degermação cirúrgica, sendo um para cada duas salas, conforme RDC 50
Adequação da área física para sala de espera pediátrica, Acolhimento e Classificação de risco - PAI	A unidade deverá possuir 01 sala de espera e 01 sala para Acolhimento e Classificação de risco - PAI
Adequação física para os consultórios, observação e internação Pediátrica	A unidade deverá possuir 02 consultórios, 09 leitos para Observação Pediátrica e 11 leitos para internação de urgência/emergência Pediátrica de baixo risco
Adequação física para a sala de espera, Acolhimento e Classificação de risco Obstétrico.	A unidade deverá possuir 01 sala de espera e Acolhimento e 01 sala para Classificação de risco Obstétrico
Adequação da área física para consultórios, observação Obstétrica e internação no Alojamento Conjunto/Maternidade	A unidade deverá possuir 02 consultórios, sendo 01 com aparelho de ecografia; 05 leitos para Observação Obstétrica e 19 leitos para internação de urgência/emergência Obstétrica
Adequação das portas de acesso ao Alojamento Conjunto/Maternidade	A unidade deverá possuir 02 leitos para pré-parto e 03 leitos de REPAI (Recuperação Pós Anestésica)
Total de Leitos ao final da primeira fase	49 leitos

Segue, a seguir, detalhamento das obras mais relevantes.



Recepção

Abrir acesso para a equipe na própria bancada ou porta independente, conforme análise de profissional arquiteto ou engenheiro habilitado.

Central de Materiais e Esterilização (CME)

A unidade da CME deverá ser reformada e implantada logo no início das atividades hospitalares, pois a mesma não atende à legislação vigente e poderá inviabilizar o projeto como um todo (*destaque em vermelho na planta*).

A Reforma da estrutura física para a implantação da Central de Materiais e Esterilização (CME) deverá ser realizada dentro das normas legais e vigentes especialmente a RDC 15 e RDC 50, utilizando o mesmo espaço físico com adequação das barreiras físicas, equipamentos adequados e fluxo unidirecional ou seja, o processamento deve seguir um fluxo direcionado sempre da área suja para a área limpa (art.15 da RDC 15). Isso deve ser feito a partir da estrutura atual, somando a ela mais



03 salas do bloco anexo, uma vez que será dividido o anexo exatamente no corredor ao final da terceira sala.

Nesta reforma deverá ser contemplado o vestiário da área suja, expurgo, área de preparo – áreas estas entre as quais não poderá haver comunicação, apenas janelas de passagem de material entre o expurgo e área de preparo, sendo que a lavadora faz a barreira entre as duas salas –, área para depósito de material limpo e área de armazenamento de material estéril – sendo que entre estas duas salas a barreira é apenas a autoclave –, e vestiário da área limpa.

Além disso, vale ressaltar que a hidráulica (sistema de osmose reversa que atenda as autoclaves, as lavadoras bem como o enxágue no expurgo) e elétrica devem suportar e atender a demanda dos equipamentos desta unidade.

Hoje o fluxo de materiais sujos, roupa suja e alimentos se cruzam, isso precisa ser resolvido. Sugere-se estabelecer corredor externo ao prédio para fluxo dos materiais e roupas sujas.

Lavanderia

A reforma da estrutura física para a implantação da lavanderia (*destaque em roxo na planta*) deverá ser realizada dentro das normas legais e vigentes, utilizando o mesmo espaço físico com adequação das barreiras físicas e fluxo unidirecional (área suja para a área limpa), conforme RDC 50/02.

Sugere-se a utilização da atual lavanderia apenas para lavar compressas, panos de chão, ou ainda adequar o espaço físico existente apenas para armazenamento de roupa suja e roupa limpa. Isso porque a implantação da lavanderia para todo o fluxo de roupa hospitalar é



inviável devido ao alto custo de insumos, enxoval, água, luz, manutenção dos equipamentos, pessoal e operacionalização do serviço, inviabilizando a unidade hospitalar a manter lavanderia própria. Nesse sentido, a terceirização mostra-se mais viável, uma vez que o enxoval é renovado sempre que necessário, existe rastreabilidade e controle do número de lavagem em especial dos campos operatórios (conforme exigência da RDC 15).

Reforma e adequação da cozinha e refeitório e implantação do Lactário

A reforma e adequação do espaço se faz necessário para atender as não conformidades do Auto Termo 12/2016 da inspeção da Vigilância Sanitária, assim como foi evidenciado em visita técnica.

O refeitório está hoje fora das normas técnicas da RDC 50/02 e não atenderá a demanda inicial dos colaboradores. Para tanto, este deve ser ampliado, avançando no prédio anexo para o sentido da esquerda, até as primeiras longarinas (*destaque em amarelo na planta*).

A RDC nº 307/2002 estabelece a obrigatoriedade do lactário como unidade de preparo de mamadeiras. Assim, deverá haver reforma da estrutura física para a implantação do lactário, sugerindo-se para tanto utilizar a primeira sala à direita do corredor que dá acesso à lavanderia (*destaque em laranja na planta*).

Reforma e adequação dos vestiários dos colaboradores

Sugere-se para o vestiário sua implantação na segunda sala à direita, no corredor que dá acesso à lavanderia, avançando até onde atualmente é a área suja da lavanderia (*destaque em verde na planta*).

Deverá ser adequando espaço para armários com pertences dos colaboradores, sanitários e chuveiros.

Centro Cirúrgico Obstétrico

Para iniciar as atividades no Centro Cirúrgico nesta primeira fase, será necessária a substituição dos dois lavabos por cubas fundas e adequadas para o ambiente cirúrgico, assim como torneiras com sensores ou alavanca afim de evitar o contato com as mãos para abertura.

Sugere-se que a pia para o primeiro banho do bebê seja transferida para a sala de cuidados com o recém-nascido.

Adequação física para a sala de espera, Acolhimento Classificação de risco e Consultórios para o PAI

Para implantar a sala de espera do PAI, deverá ser fechada a porta de acesso ao corredor da clínica medica e aberta uma porta de acesso à recepção principal.

Na sala onde seria a assistência social, deverá ser instalada uma pia para lavagem das mãos, onde será o Acolhimento Classificação de risco.

No corredor de acesso à pediatria, onde seria a fisioterapia, a sala deverá ser dividida, colocadas pias para lavagem das mãos e instalados dois consultórios pediátricos.

Adequação física para Acolhimento e Classificação de risco e Consultório Obstétrico

Como proposto acima, a sala de A&CR deverá ficar, onde hoje no projeto arquitetônico está previsto o posto de enfermagem da clínica médica, para isso será necessário retirar parte do mobiliário e lacrar a parede deixando apenas uma porta e uma pia para lavagem das mãos.

O segundo quarto superior da ala de clínica médica deverá ser dividido, tornando-se dois consultórios com pia para lavagem das mãos, sendo que em um deles ficará o aparelho de ecografia.

Adequação das portas de acesso ao Alojamento Conjunto/Maternidade

Deverão ser trocadas as portas ou implantar sistema de travas.

Equipamento e insumos necessários

Equipamentos	Quantidade
Central de Materiais e Esterilização	
Lavadora Ultrassônica de bancada;	01
Termodesinfectora de barreira e completa para lavagem e desinfecção de todo o material possível;	01
Autoclaves de barreira de 500 litros (02 por questão de segurança técnica);	02
Prateleiras gradeada e com rodízio em aço inox para armazenamento de material;	10
Carinhos fechados para transporte de material limpo e sujo;	02
Computador com impressora	01
Seladora	01
Etiquetadoras	02
Armários para vestiários	04
Mesa com cadeira para escritório	01
Lâmpada de aumento para inspeção de limpeza	01



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

Pistolas de ar e de água - 01 de cada	02
Lavanderia	
Carinhos para transporte de roupa limpa e roupa suja;	02
Lavadora de barreira	01
Secadora	01
Calandra	01
Computador para controle da roupa	01
Cozinha, refeitório e Lactário	
Câmera fria	01
Geladeiras	02
Fogão industrial	01
Cafeteira industrial	01
Liquidificador industrial	01
Batedeira industrial	01
Exaustor	01
Lavadora de louça industrial	01
Bancada com pia	04
Carro fechado para transporte de alimentos	03
Buffet para pratos quentes	01
Buffet para saladas	01
Mesas de 04 lugares	07
Bancadas em granito para o lactário	03
Geladeira para o lactário	01
Refrigerador para o lactário	01
Forno de microondas para o lactário	01
Ar condicionado para o lactário	01
Purificador de água para o lactário	01
Balança de precisão para o lactário	01
Fogão elétrico ou a gás para o lactário	01
Vestiários dos colaboradores	
Armários com 08 portas em aço inox	10
Centro Cirúrgico Obstétrico	

Monitores multiparametros adulto infantil;	09
Carros de anestesia adulto/infantil;	04
Oxímetros de pulso;	02
Mesas cirúrgicas universal, permite uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos;	02
Computador para prescrição médica e para consulta de enfermagem, evolução e anotação de enfermagem;	04
Berços aquecidos com sistema de segurança e controle de temperatura;	03
Pronto Atendimento Infantil - PAI	
Oxímetros de pulso (um na Classificação de risco e um na unidade de internação);	02
Balanças de mesa pediátrica (uma na classificação de risco e uma na unidade de internação);	02
Balanças de piso (uma na classificação de risco e uma na unidade de internação);	02
Equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão")	05
Aparelhos de pressão infantil, sempre a disposição da equipe;	04
Estetoscópios de precisão sempre a disposição das equipes de trabalho;	04
Bandejas de inox para administração de medicamentos e procedimentos;	04
Cadeira de rodas infantil;	01
Macas de transporte com grades;	03
Berços para bebês menores de 02 anos;	03
Camas berço Fowler com grades móveis	08
02 carrinhos de emergência com equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria sendo um para a unidade pediátrica e outro para a observação pediátrica, podendo ser compartilhado desde que haja caixa de emergência sobressalente;	02



Computadores para prescrição médica e para consulta de enfermagem, evolução e anotação de enfermagem, 01 para a Classificação de risco e dois para os consultórios;	06
Longarinas de 05 lugares para a sala de espera pediátrica;	03
Longarina de 03 lugares para a entrada dos consultórios pediátricos;	03
Brinquedos para a sala de espera e para a brinquedoteca.	
Alojamento Conjunto	
Aparelhos de pressão adultos (Esfigmomanômetros);	05
Bacias em inox funda para banho do bebe;	20
Estetoscópios de precisão adulto a disposição das equipes;	05
Equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão");	05
Bandejas em inox para distribuição da medicação e procedimentos;	06
Berços para os bebês em aço inoxidável, com cuba de acrílico com rodízios, uma para cada leito;	19
Poltronas reclináveis, uma para cada leito;	19
Carinhos de emergência com equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria sendo um para o alojamento conjunto e outro para o PSO;	02
Macas de transporte com grades	05
Oxímetros de pulso;	02
Berços bilitron LED;	02
Berços aquecidos	03
03 Computadores para prescrição médica e para consulta de enfermagem, evolução e anotação de enfermagem, 01 para a Classificação de risco um para cada consultório;	06
Longarinas de 05 lugares para a sala de espera pediátrica;	03
Longarina de 03 lugares para a entrada dos consultórios pediátricos;	01
Sistema de Informação	



Computadores com sistema operacional licenciado	50
Servidor	01
Impressoras	03

Quadro de pessoal necessário

O cálculo de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem foi embasado na Resolução Cofen 543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Os demais cargos foram dimensionados conforme postos de trabalho e necessidade dos postos de trabalho.

Funções	Carga Horária	Quantidade 1ª fase
AUX ADMINISTRATIVO	40	1
ENFERMEIRO - DIURNO	36	9
ENFERMEIRO - NOTURNO	36	14
ENFERMEIRO OBSTETRA DIURNO	36	0
ENFERMEIRO OBSTETRA NOTURNO	36	0
ENFERMEIRA - COORD DIURNO	40	0
ENFERMEIRA - COORD NOTURNO	36	0
ENFERMEIRO - CCIH	40	1
ENFERMEIRO - Gerente	40	1
FARMACÊUTICO RT	40	1
FARMACEUTICO DIURNO	36	1
FARMACÊUTICO - NOTURNO	36	0
FISIOTERAPEUTA	30	1



FISIOTERAPEUTA - NOTURNO	30	0
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	1
FONOAUDIÓLOGO	36	1
NUTRICIONISTA	36	1
ANALISTA QUALIDADE	40	
PSICÓLOGO	36	1
TÉC DE ENFERM - DIURNO	36	34
TÉC DE ENFERM - NOTURNO	36	31
AUXILIAR DE COZINHA	36	7
COZINHEIRA	36	3
COPEIRA	36	5
ASSISTENTE SOCIAL	30	2
AUXILIAR DE FARMACIA	36	8
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO	36	16
RECEPCIONISTA	36	8
ZELADOR	40	5
LACTARISTAS	36	5
CAMAREIRAS	36	6
PORTEIRO	36	5
Total Geral		168

Equipe Médica

Especialidade	Número de horas mensais de plantão	Número de profissionais de plantão nas 24 horas	Número de profissionais diaristas



ANESTESISTAS	720	01	00
OBSTETRAS	1440	02	01 (6h)
PEDIATRAS	1440	02 + 01 sobreaviso	00
INFECTOLOGISTA	80	00	01 (4h)

Destaca-se que:

(i) em relação aos Pediatras, é fundamental ter sempre à disposição ao menos 01 (um) profissional de sobreaviso, para horários de pico;

(ii) em relação aos Ginecologistas/Obstetras, para além dos plantonistas deverá haver contratação de 01 diarista, que atue por 06 (seis) horas diárias, com a função de passar visita em todas as puérperas e pacientes em tratamento clínico para alta e avaliação diária;

(iii) nesta fase, não haverá necessidade de sobreaviso para Anestesistas;

(iv) o Infectologista fará apenas 04 horas diárias no SCIH.

FASE 02 CLÍNICA CIRÚRGICA

Na Fase 02, paralelamente à manutenção integral de todos os serviços descritos na Fase 01, com evolutivo incremento de sua eficiência à medida que os protocolos forem sendo implementados, sugere-se o incremento de alguns serviços.

Com a equipe melhor qualificada, poderá se iniciar o atendimento em 02 (dois) Quartos-Parto - PPP (pré-parto, parto e pós-parto), garantindo segurança para a paciente e equipe, minimizando riscos de infecção e proporcionando um atendimento humanizado no processo do nascer.

Ademais, sugere-se a implantação de procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade, focados na ginecologia, através de mutirões conforme demanda da SMS. Para tanto, há alta viabilidade de pactuações com outros municípios, conforme a ociosidade da unidade, melhorando o faturamento.

Com isso, haverá ativação de funcionamento da seguinte infraestrutura hospitalar:

- 11 (onze) leitos cirúrgicos;
- 02 (duas) salas de cirurgia ginecológica;
- 06 (seis) leitos clínicos (ginecológicos/obstétricos);
- 02 (dois) quartos-parto.

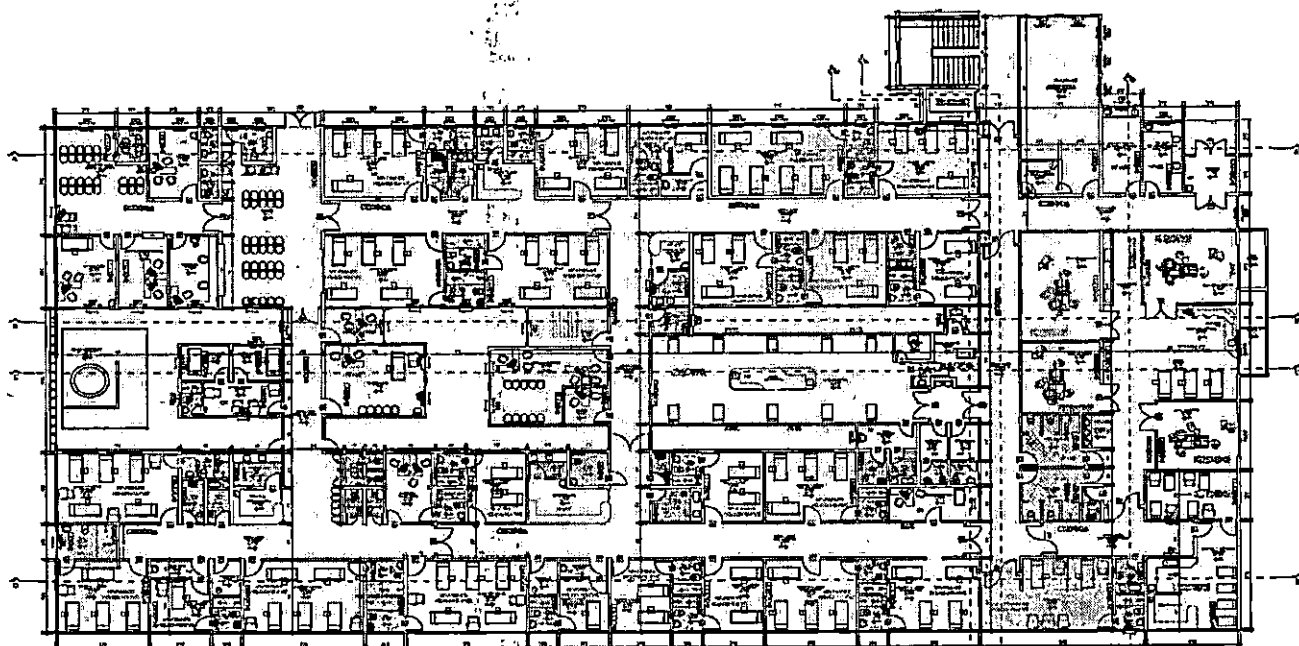
Fluxos de atendimento a serem implantados

Para implementar o serviço cirúrgico, será necessário a ativação os leitos destinados para este fim, seguindo a sugestão atual da planta do Hospital. Tais leitos estão, portanto, localizados nos quartos situados após o PSO, ao final do corredor que se inicia logo à direita da entrada principal.

Com esta nova fase, o sistema de informação já estará implantado, os processos de controle de estoque consolidados, e já terá



havido tempo hábil para programação dos mutirões, bem como negociação com equipes cirúrgicas.



Internação clínicos Ginecológicos/obstétricos

Nesta fase será possível e viável separar 06 leitos, situados no 4º quarto superior do corredor destinado à ala clínica (*destaque em vermelho na planta*).

Com esta ação, separa-se as internações clínicas da observação obstétrica, proporcionando maior segurança e reduzindo ainda mais o risco de infecção cruzada no Alojamento Conjunto/Maternidade.

Internação Cirúrgica

A unidade cirúrgica ocupará o quarto de isolamento (3º quarto superior do corredor destinado à ala clínica) e os demais quartos do corredor (5º quarto superior, 3º e 4º quartos inferiores) – *destaque em verde na planta*.



Com isso, serão ativadas as outras 02 (duas) salas do centro cirúrgico, sendo elas as salas localizadas na parte superior do mesmo – *destaque em amarelo na planta.*

O Fluxo do paciente cirúrgico, ficará assim desenhado:

- Paciente previamente agendado no mapa cirúrgico, entra pela recepção central, faz o cadastro;
- É encaminhado para a unidade cirúrgica, pelo mesmo corredor do PSO;
- Ao ser encaminhado ao Centro Cirúrgico (CC), seguirá pelo corredor, virando à direita até a entrada do CC;
- Após o procedimento cirúrgico é encaminhado à unidade da REPAI, localizada logo após a primeira sala de parto à direita da entrada.

O Fluxo da paciente clínica, ficará da seguinte forma:

- Paciente faz o pré-cadastro na recepção central;
- É encaminhada à sala de espera do PSO;
- É avaliada e classificada pela equipe de Enfermagem;
- Realiza a consulta médica;
- Em caso de internação, segue o fluxo do corredor até a unidade cirúrgica.

Implantação de dois quartos partos – PPP

Nesta segunda fase, já com a equipe melhor qualificada, poderá se iniciar o atendimento em dois quartos-parto, onde a paciente fica durante o trabalho de parto, ganha o bebê e permanece até a alta, utilizando os protocolos estabelecidos na rede cegonha do MS (*destaque em vermelho na planta*).

Ajustes estruturais necessários

Nesta fase não será necessária nenhuma reforma física, apenas organização de fluxo.

Equipamento e insumos necessários

Equipamentos	Quantidade
Poltronas reclináveis, uma para cada leito;	17
01 carrinho de emergência com equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	01
Aparelhos de pressão adulto;	05
Estetoscópios de precisão adulto a disposição das equipes;	05
Equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão");	04
Bandejas em inox para distribuição da medicação e procedimentos;	05
Camas PPP	02
Camas hospitalares com grades;	17
Macas de transporte com grades;	05
Cadeiras de rodas;	03
Oxímetros de pulso;	03



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

Computadores para prescrição médica e para consulta de enfermagem, evolução e anotação de enfermagem;	03

Quadro de pessoal necessário

Na FASE 02 haverá acréscimo de 66 profissionais no quadro geral, excetuada a equipe médica, sendo utilizado os mesmos critérios de dimensionamento acima. Levando em consideração o funcionamento nas 24 horas, o HMNSA totalizará:

Funções	Carga Horária	Quantidade 2ª fase
AUX ADMINISTRATIVO	40	3
ENFERMEIRO - DIURNO	36	11
ENFERMEIRO - NOTURNO	36	17
ENFERMEIRO OBSTETRA DIURNO	36	3
ENFERMEIRO OBSTETRA NOTURNO	36	2
ENFERMEIRA - COORD DIURNO	40	3
ENFERMEIRA - COORD NOTURNO	36	0
ENFERMEIRO - CCIH	40	1
ENFERMEIRO - Gerente	40	1
FARMACÊUTICO RT	40	1
FARMACEUTICO DIURNO	36	1
FARMACÊUTICO - NOTURNO	36	3
FISIOTERAPEUTA	30	2
FISIOTERAPEUTA - NOTURNO	30	0
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	1
FONOAUDIÓLOGO	36	1
NUTRICIONISTA	36	2
ANALISTA QUALIDADE	40	1
PSICÓLOGO	36	1
TÉC DE ENFERM - DIURNO	36	48
TÉC DE ENFERM - NOTURNO	36	46
AUXILIAR DE COZINHA	36	7
COZINHEIRA	36	3
COPEIRA	36	6
ASSISTENTE SOCIAL	30	2
AUXILIAR DE FARMACIA	36	10



AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO	36	20
RECEPCIONISTA	36	10
ZELADOR	40	7
LACTARISTAS	36	8
CAMAREIRAS	36	8
PORTEIRO	36	5
Total Geral		234

Equipe Médica

Especialidade	Número de horas mensais de plantão	Número de profissionais de plantão nas 24 horas	Número de profissionais diaristas
ANESTESISTAS	720	01 + 01 sobreaviso	00
OBSTETRAS	1440	02	01 (6h)
PEDIATRAS	1440	02 + 01 sobreaviso	00
INFECTOLOGISTA	80	00	01 (4h)
CIRURGIÃO GERAL	720	01	00

Destaque-se que, a partir desta fase, haverá necessidade de profissional **Anestesista em sobreaviso**, bem como a contratação pontual de Cirurgiões, a depender da especialidade de cirurgia a ser realizada nos Mutirões.

FASE 03 **UTI NEONATAL**

Nesta última fase de implantação do projeto, o HMNSA estará apto e qualificado para atender gestantes de baixo e médio risco, podendo ser



alta complexidade referenciada para recém-nascidos prematuros mediante implantação de UTI Neonatal.

Para iniciar esta operação, far-se-á necessário:

- O credenciamento junto ao MS para UTI Neonatal de alta complexidade referenciada;
- O credenciamento junto ao MS para UTI Neonatal de média complexidade;

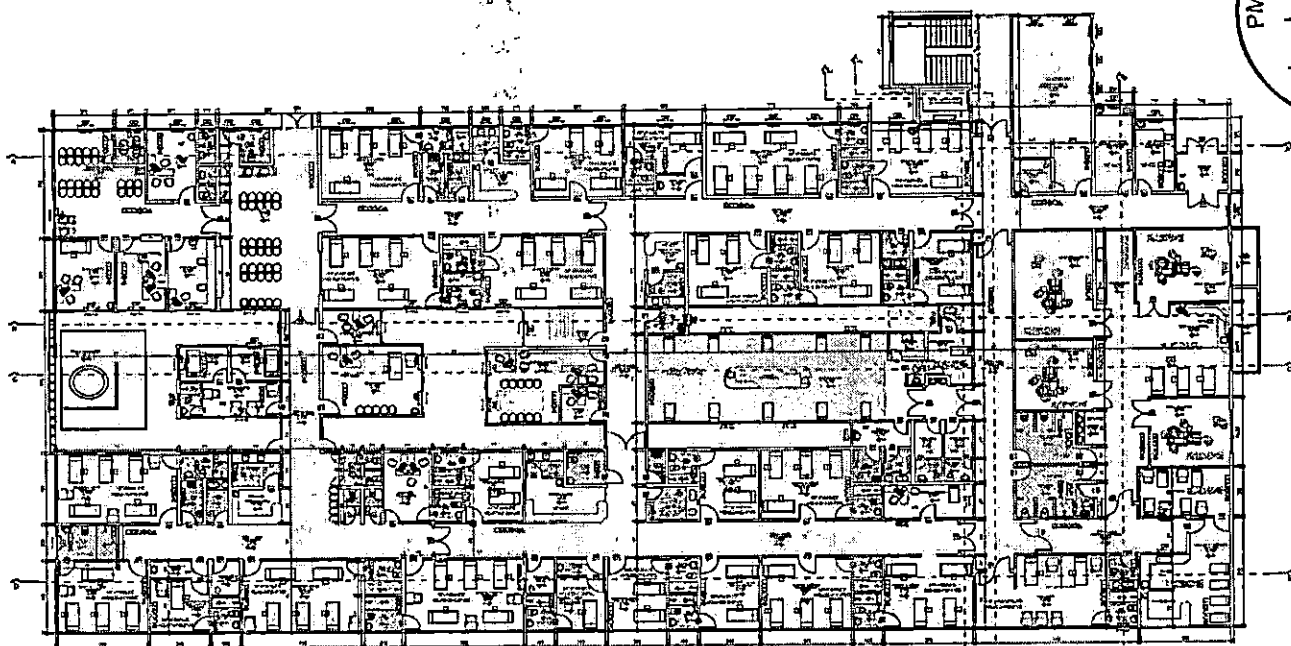
Com isso espera-se implantar:

- 03 (três) leitos de UTI pediátrica
- 05 (cinco) leitos de UTI neonatal
- 03 (três) leitos de UCIN (cuidados intermediários)

Por fim, crê-se que, neste estágio de desenvolvimento do nosocômio, este estará plenamente apto a preparar-se para pleitear (e auferir) **Acreditação ONA I.**

Fluxos de atendimento a serem implantados

O local para implantação da UTI Neonatal está corretamente definido na planta atual ao lado esquerdo do centro cirúrgico:



Para implementar o serviço, o fluxo deverá se dar da seguinte forma:

- Paciente proveniente do Centro cirúrgico será encaminhado, saindo do CC pelo corredor à esquerda direto ao leito da UTI;
- Paciente referenciado de outros serviços, de ambulância, será recepcionado na porta de acesso da ambulância, conforme entrada definida na planta (em frente à escadaria de acesso ao segundo andar) e seguirá diretamente à UTI corredor abaixo.

Ajustes estruturais necessários

Para iniciar o atendimento na UTI Neonatal, será necessário adequar o local de descanso médico.

Sugere-se utilizar o último quarto da clínica cirúrgica, que fica aos fundos do quarto de isolamento da UTI, dando acesso pela sala de

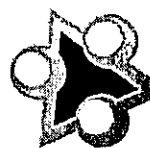


dispensação de medicamentos e esta ser eliminada, suprimindo esta necessidade mediante organização do fluxo de prescrições, bem como caixas de urgência (*destaque em roxo na planta*).

Também será necessário separar, dentro do centro de terapia intensiva, os 03 (três) leitos da UTI Pediátrica, sugerindo-se ser os 03 últimos do fundo à esquerda da entrada da unidade.

Equipamento e insumos necessários

Equipamentos	Quantidade
Poltronas reclináveis, uma para cada leito;	11
01 carrinho de emergência com equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria	01
Incubadoras;	06
Incubadora de transporte	01
Monitores multiparâmetros neonatal/pediátrico	09
Monitores multiparâmetros neonatal/pediátrico, de transporte	01
Ventiladores neonatal/pediátricos	06
Equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"); podendo ser comodato;	35
Oxímetros de pulso para neonatal/pediátrico	05
Unidades de CPAP nasal que é uma modalidade ventilatória utilizado por aqueles bebês menos graves que ainda precisam do suporte da ventilação mecânica.	07
Bacias em inox para banho	10
Berço bilitron LED	02
Berços aquecidos	03
Camas Fowler elétrica com extensor de leito para os leitos UTI pediátricos.	03



Berços para os bebês em aço inoxidável, com cuba de acrílico com rodízios;	03
Computadores para prescrição médica e para consulta de enfermagem, evolução e anotação de enfermagem;	03

Quadro de pessoal necessário

Na FASE 03 haverá acréscimo de 54 profissionais no quadro geral, excetuada a equipe médica, sendo utilizado os mesmos critérios de dimensionamento acima. Levando em consideração o funcionamento nas 24 horas, o HMNSA totalizará:

Funções	Carga Horária	Quantidade 3ª fase
AUX ADMINISTRATIVO	40	4
ENFERMEIRO - DIURNO	36	13
ENFERMEIRO - NOTURNO	36	20
ENFERMEIRO OBSTETRA DIURNO	36	3
ENFERMEIRO OBSTETRA NOTURNO	36	2
ENFERMEIRA - COORD DIURNO	40	4
ENFERMEIRA - COORD NOTURNO	36	2
ENFERMEIRO - CCIH	40	1
ENFERMEIRO - Gerente	40	1
FARMACÊUTICO RT	40	1
FARMACEUTICO DIURNO	36	2
FARMACÊUTICO - NOTURNO	36	3
FISIOTERAPEUTA	30	5
FISIOTERAPEUTA - NOTURNO	30	3
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	1
FONOAUDIÓLOGO	36	1
NUTRICIONISTA	36	2
ANALISTA QUALIDADE	40	2
PSICÓLOGO	36	2
TÉC DE ENFERM - DIURNO	36	58



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

TÉC DE ENFERM - NOTURNO	36	56
AUXILIAR DE COZINHA	36	7
COZINHEIRA	36	3
COPEIRA	36	8
ASSISTENTE SOCIAL	30	2
AUXILIAR DE FARMACIA	36	14
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO	36	25
RECEPCIONISTA	36	10
ZELADOR	40	8
LACTARISTAS	36	8
CAMAREIRAS	36	12
PORTEIRO	36	5
Total Geral		288

Equipe Médica

Especialidade	Número de horas mensais de plantão	Número de profissionais de plantão nas 24 horas	Número de profissionais diaristas
ANESTESISTAS	720	01 + 01 sobreaviso	00
OBSTETRAS	1440	02	01 (6h)
PEDIATRAS	1440	02 + 01 sobreaviso	00
INFECTOLOGISTA	80	00	01 (4h)
CIRURGIÃO GERAL	720	01	00
NEONATOLOGISTA COM RT	720	01	00



RESUMO GERAL

Ao final das três fases, o HMNSA contará com **75 leitos** assim distribuídos:

Especialidade	Quantidade de leitos		
	Fase 1	Fase 2	Fase 3
Alojamento Conjunto/maternidade	19	17	17
Pediatria	11	11	11
Observação Pediátrica	09	09	09
Observação Obstétrica	05	05	05
Pré-parto	02	02	02
REPAI	03	03	03
Clinica cirúrgica	-	11	11
Internação Clínica Obstétrica	-	06	06
UTI Neonatal	-	-	11
TOTAL DE LEITOS	49	64	75

Os demais serviços do HMNSA ficarão assim distribuídos:

Serviço	Alocação sugerida	Objetivo
Serviço Social	Sala prevista na planta física para ser Diretoria Geral	Estabelecer contato com os pacientes, buscando prestar serviço de atendimento também para os familiares, desenvolvendo um papel humanizador.
Psicologia	Sala prevista na planta física para ser o SCIH	Tratar do emocional dos pacientes, familiares, ouvindo na essência e acompanhando a evolução emocional durante o período de internação.
Fisioterapia	Sala prevista na planta para ser a Diretoria Geral	Fornecer orientações que envolvem o estímulo a amamentação, as posturas corretas para evitar complicações, o desmame precoce, o posicionamento do recém-nascido ao dormir; acompanhar o trabalho de parto, estimulando manobras que agilizem e diminuam as dores.
Fonaudiologia	Ficará no local indicado corretamente na planta, no corredor do Aloj. Conjunto	Desenvolver o papel de educador, irá orientar, esclarecer e estimular a continuidade da lactação desde a assistência no pré-parto, puerpério. Realizará os testes de orelhinha preconizado pelo MS;
Gerência de Enfermagem	Sala prevista na planta para ser a Capela	Será a responsável por gerenciar todos os serviços assistenciais da unidade, junto com sua equipe.
Qualidade	Andar superior ⁶	Responsável por qualificar, desenhar os fluxos e implantar os processos de qualidade, visando à Certificação ONA
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH	Andar superior	Reduzir os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS); promover ações de prevenção de IRAS, além de monitorar esses agravos e definir medidas de controle. Dentre as demais atribuições da SCIH, destacam-se: busca ativa e vigilância das infecções hospitalares entre os pacientes; avaliação e orientação de técnicas relacionadas com procedimentos invasivos; controle do uso racional de antimicrobianos; educação continuada dos profissionais de saúde em prevenção de infecções; monitoramento e controle de surtos; monitoramento dos serviços de

⁶ Todas as alocações sugeridas para o andar superior dependem de prévia confirmação técnica junto ao engenheiro responsável pela realização da obra de construção do andar superior do Prédio Principal.

		limpeza e desinfecção; controle de pragas, vetores e qualidade da água; entre outros.
Faturamento	Andar superior	Realizará todo o faturamento da unidade.
Arquivo Médico	Andar superior	Local de armazenamento dos prontuários e documentos do paciente.
Direção Geral	Andar superior	Constituído por diretor geral e diretor administrativo, responsáveis pela gestão da unidade como um todo, além de articular junto a SMS, as pactuações, credenciamentos e financiamentos.
Tecnologia da Informação	Andar superior	Juntamente com as equipes assistenciais, implantar o sistema de informação, acompanhar o desempenho do sistema; disponibilizar senhas de acesso, conforme protocolo estabelecido, além de realizar manutenção da rede e infraestrutura.

5. ESTIMATIVA ECONÔMICO-FINANCEIRA DO PROJETO

Apresentado o Projeto de Gestão para o HMNSA, resta por fim sua análise sob o aspecto econômico, mediante estimativa das despesas necessárias para a implantação e execução do projeto em cada uma das fases propostas.

O levantamento dos custos necessários para a implementação do projeto foi realizado mediante estimativa, comparando-se com os custos suportados por hospitais (i) da região, (ii) que possuam o mesmo perfil e (iii) com porte semelhante. Isso porque uma apuração de custos concreta e mais realista é atualmente impossível, uma vez que hoje o HMNSA está fechado, sem histórico de consumo e produção que permita uma apuração absolutamente verdadeira.



Para o cálculo da folha, foram utilizados 80% de encargos, considerando a pactuação com entidade que não possua imunidade tributária. Chegou-se aos valores estimados no Apêndice (TABELA 01).

Para o custo com plantões médicos, foram utilizados os valores praticados por municípios em chamamentos públicos para plantões médicos em Unidades hospitalares, deste modo os valores levantados possibilitam refletir o que é efetivamente repassado ao médico. Atingiram-se os valores estimados no Apêndice (TABELA 02).

Ademais, foram computados os valores de mercado para cargos executivos (diretor geral, diretor administrativo, diretor clínico, entre outros).

Serviços de diagnóstico estão previstos para serem terceirizados, entre eles: Endoscopia, ecocardiografia, Raio-X, Tomografia e ressonância magnética, entre outros, uma vez que não há disponibilidade de área física para este fim na estrutura atual do HMNSA.

Em relação à lavanderia, consoante já descrito acima, o custo da operação é muito mais custosa do que a terceirização. Para estimar os custos aqui, utilizou-se a fórmula básica de cálculo do volume de roupa gerado, considerando que hospitais materno-infantis consomem uma média de roupa de 6kg/dia/ leito.

Medicamentos e insumos foram estimados conforme gastos de unidades hospitalares de semelhante porte e atuação.

Inseriu-se, por fim, estimativa de despesas operacionais em 10% (dez por cento) do valor total.

Os cálculos estimativos totalizaram:

	1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
Gastos com Pessoal	R\$ 507.687,32	R\$ 719.262,20	R\$ 894.691,30
Gastos com Médicos	R\$ 676.240,00	R\$ 689.920,00	R\$ 982.920,00
Cargos Executivos	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 50.000,00
Medicamentos, insumos e serviços terceirizados	R\$ 303.550,00	R\$ 430.300,00	R\$ 608.650,00
Custos Operacionais	R\$ 152.747,73	R\$ 187.948,22	R\$ 253.626,13
TOTAL GERAL	R\$ 1.680.225,05	R\$ 2.067.430,42	R\$ 2.789.887,43

Por certo, considerando que se tratam de cálculos estimativos – e, portanto, aproximados –, é certa a necessidade de sua definição mais exata acaso se decida pela efetiva implantação do Projeto proposto. Isso deve ser realizado, mais adequadamente, de maneira direta por este d. Município, mediante contato a diversos agentes do mercado para que ofereçam proposta de execução do presente Projeto, auxiliando na definição de eventual preço-teto para fins de licitação.

6. CONCLUSÕES

Ao cabo do presente Estudo, após análise dos dados do Município e diagnóstico da saúde local, as principais conclusões atingidas podem ser assim sumarizadas:

- (i) As Unidades Básicas de Saúde possuem adequado dimensionamento de pessoal e funcionamento, e a despeito de defasagem pontual de servidores, são viáveis no modelo em que se encontram;



(ii) A Unidade de Pronto Atendimento Municipal possui sólida atuação na Urgência e Emergência municipal, com elevado número de atendimentos e alta resolutividade das demandas, o que atesta também sua viabilidade em seu atual estágio de operação, em que pese as dificuldades de gestão e impossibilidade de contratação de pessoal;

(iii) O Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida possui larga estrutura física e, a despeito de já ter funcionado como Hospital Maternidade, atualmente, sobretudo por deficiência de pessoal, está subutilizado para realização de consultas pontuais, para uso de equipes de gestão da SMSA, e para atividades de suporte à UPA;

(iv) Em seu estado atual, a estrutura do HMNSA contribui muito pouco para a prestação dos serviços públicos de saúde pelo Município, sendo o Hospital, portanto, o alvo das mudanças necessárias – e, por consequência, do Projeto de Gestão ora proposto;

(v) No contexto de demanda da saúde local – e seguindo inclusive o intuito do Plano Municipal de Saúde –, o HMNSA possui vocação e enorme potencial para figurar como Hospital Materno-Infantil, focado portanto na prestação de serviços de assistência à saúde pediátrica, ginecológica e obstétrica;

(vi) A forma mais viável de implantação do Hospital é mediante subdivisão em 03 (três) Fases, com crescente incremento na quantidade e complexidade dos serviços – e, conseqüentemente, incremento nos custos;

(vii) As três Fases seriam, em suma, as seguintes:

- FASE 01: Maternidade baixo risco, Pronto Atendimento Infantil e Pediatria;
- FASE 02: Clínica e Cirurgia ginecológica;
- FASE 03: UTI Neonatal.



(viii) Para cada uma das Fases, demonstrou-se **(a)** os serviços a serem implantados e respectivos fluxos hospitalares; **(b)** o dimensionamento de pessoal, equipamentos e insumos necessários; **(c)** a descrição de reformas prediais exigidas, cuja viabilidade técnica deverá ser confirmada junto ao engenheiro responsável pela construção/reforma dos edifícios;

(ix) Ademais, considerando que mesmo com o funcionamento total do Hospital na Fase 03 haveria espaços ociosos em razão da amplitude das dimensões prediais, e como forma de concretizar anseios dos gestores locais demonstrados no Plano Municipal de Saúde, propôs-se a cessão de alguns espaços do HMNSA para utilização pela SMSA para implantação da Unidade de Saúde da Mulher e de Centro de Especialidades Médicas, para utilização como salas administrativas do CAPS e do NASF, e demais atividades necessárias;

(x) Ao final, apresentou-se estimativa de orçamento necessário para execução do projeto, em cada uma de suas Fases de implantação, atingindo os montantes estimados de **R\$ 1.680.225,05** mensais para custeio dos serviços na FASE 01; **R\$ 2.067.430,42** mensais para custeio dos serviços na FASE 02; e **R\$ 2.789.887,43** mensais para custeio dos serviços na FASE 03.

Espera-se, assim, que o presente Estudo possa contribuir para subsidiar os gestores municipais com elementos técnicos que deem



suporte à importante decisão de dar um passo mais no atendimento à saúde da população local de Fazenda Rio Grande e região.

População essa que, conforme acima apresentado, teve crescimento de 20% (vinte por cento) entre 2010 e 2018 (segundo o IBGE); e crescimento de 60% (sessenta por cento), segundo estimativas do próprio Município. Tal explosão demográfica significa aumento no número de vidas e de nascimentos, cenário que, somado a todas as características acima traçadas, reforça e fundamenta a necessidade da população e o plano da gestão municipal em ampliar os atendimentos, com a utilização completa da estrutura do HMNSA.

Curitiba/PR, fevereiro de 2019.

ADVCOM CONSULTORES LTDA.

APÊNDICE

TABELA 1

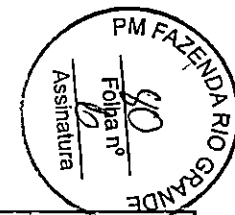
Funções	Carga Horária	Salário base	Encargos 80%	Quantidade e 1ª fase	Quantidade e 2ª fase	Quantidade de 3ª fase	Total 1ª fase	Total 2ª fase	Total 3ª fase
AUX ADMINISTRATIVO	40	1.296,00	R\$ 1.036,80	1	3	4	2.332,80	6.998,40	9.331,20
ENFERMEIRO - DIURNO	36	2.550,00	R\$ 2.040,00	9	11	13	41.310,00	50.490,00	59.670,00
ENFERMEIRO - NOTURNO	36	2.550,00	R\$ 2.040,00	14	17	20	64.260,00	78.030,00	91.800,00
ENFERMEIRO OBSTETRA DIURNO	36	2.800,00	R\$ 2.240,00	0	3	3	-	15.120,00	15.120,00
ENFERMEIRO OBSTETRA NOTURNO	36	2.800,00	R\$ 2.240,00	0	2	2	-	10.080,00	10.080,00
ENFERMEIRA - COORD DIURNO	40	3.800,00	R\$ 3.040,00	0	3	4	-	20.520,00	27.360,00
ENFERMEIRA - COORD NOTURNO	36	3.800,00	R\$ 3.040,00	0	0	2	-	-	13.680,00
ENFERMEIRO - CCIH	40	2.800,00	R\$ 2.240,00	1	1	1	5.040,00	5.040,00	5.040,00



ENFERMEIRO - Gerente	40	6.800,00	R\$ 5.440,00	1	1	1	12.240,00	12.240,00	12.240,00
FARMACÊUTICO RT	40	3.500,00	R\$ 2.800,00	1	1	1	6.300,00	6.300,00	6.300,00
FARMACEUTICO DIURNO	36	2.428,55	R\$ 1.942,84	1	1	2	4.371,39	4.371,39	8.742,78
FARMACÊUTICO - NOTURNO	36	2.428,55	R\$ 1.942,84	0	3	3	-	13.114,17	13.114,17
FISIOTERAPEUTA	30	2.290,00	R\$ 1.832,00	1	2	5	4.122,00	8.244,00	20.610,00
FISIOTERAPEUTA - NOTURNO	30	2.290,00	R\$ 1.832,00	0		3	-	-	12.366,00
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30	2.290,00	R\$ 1.832,00	1	1	1	4.122,00	4.122,00	4.122,00
FONOAUDIÓLOGO	36	2.550,00	R\$ 2.040,00	1	1	1	4.590,00	4.590,00	4.590,00
NUTRICIONISTA	36	1.980,00	R\$ 1.584,00	1	2	2	3.564,00	7.128,00	7.128,00
ANALISTA QUALIDADE	40	1.980,00	R\$ 1.584,00	1	1	2			7.128,00
PSICÓLOGO	36	2.486,06	R\$ 1.988,85	1	1	2	4.474,91	4.474,91	8.949,82

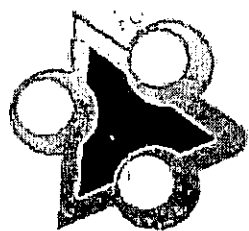
TÉC DE ENFERM - DIURNO	36	1.530,00	R\$ 1.224,00	34	48	58	93.636,00	132.192,00	159.732,00
TÉC DE ENFERM - NOTURNO	36	1.530,00	R\$ 1.224,00	31	46	56	85.374,00	126.684,00	154.224,00
AUXILIAR DE COZINHA	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	7	7	7	16.329,60	16.329,60	16.329,60
COZINHEIRA	36	1.411,95	R\$ 1.129,56	3	3	3	7.624,53	7.624,53	7.624,53
COPEIRA	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	5	6	8	11.664,00	13.996,80	18.662,40
ASSISTENTE SOCIAL	30	2.550,00	R\$ 2.040,00	2	2	2	9.180,00	9.180,00	9.180,00
AUXILIAR DE FARMACIA	36	1.307,00	R\$ 1.045,60	8	10	14	18.820,80	23.526,00	32.936,40
AUXILIAR DE HIGIENIZAÇÃO	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	16	20	25	37.324,80	46.656,00	58.320,00
RECEPCIONISTA	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	8	10	10	18.662,40	23.328,00	23.328,00
ZELADOR	40	1.296,00	R\$ 1.036,80	5	7	8	11.664,00	16.329,60	18.662,40
LACTARISTAS	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	5	8	8	11.664,00	18.662,40	18.662,40

CAMAREIRAS	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	6	8	12	13.996,80	18.662,40	27.993,60
PORTEIRO	36	1.296,00	R\$ 1.036,80	5	5	5	11.664,00	11.664,00	11.664,00
Total Geral				168	234	288			
Gastos com pessoal							504.332,03	715.698,20	894.691,30

TABELA 2


MEDICOS	Numero de horas	VALOR HORA	SOBREAVISO	DIARISTA 6 hs	1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE	Servidores Efetivos em horas	Falta HS	Completa Carga horária
ANESTESISTAS (01 por plantão de 12 horas)	720	119,00	42.840,00		128.520,00	128.520,00	128.520,00	540	180	64.260,00
OBSTETRAS 02 por plantão de 12 horas	1440	110,00		19.800,00	178.200,00	178.200,00	178.200,00	1.080	360	59.400,00
PEDIATRAS 02 por plantão de 12 horas	1440	200,00	72.000,00		360.000,00	288.000,00	360.000,00	760	680	208.000,00
CIRURGIÃO GERAL 01 por	720	119,00				85.680,00	85.680,00		720	

plantão de 12 horas										
NEONATOLOGISTA COM RT 01 por plantão de 12 horas	720	300,00	5.000,00				221.000,00		720	
INFECTOLOGISTA 04 horas diárias	80	119,00			9.520,00	9.520,00	9.520,00		80	
TOTAL					R\$ 676.240,00	R\$ 689.920,00	R\$ 982.920,00			



ADVCOM

CONSULTORES

ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

PARECER TÉCNICO

MODELO DE GESTÃO NA SAÚDE

EMENTA: GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR DE SAÚDE. POSSIBILIDADES. GESTÃO DIRETA E INDIRETA. PARCERIAS COM ENTIDADES PRIVADAS. MODELO MAIS ADEQUADO AO CASO CONCRETO. PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS.

Curitiba-PR
Fevereiro de 2019



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO	3
1.1. Documentos Instrutórios	4
1.2. Normas Aplicáveis.....	4
2 - ANÁLISE DAS POSSIBILIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	6
2.1. Prestação estatal.....	9
2.1.1. Administração Direta.....	10
2.1.2. Administração Indireta: pessoas jurídicas de direito público.....	16
2.1.3. Administração Indireta: pessoas jurídicas de direito privado.....	21
2.1.3.1 Fundações estatais	22
2.1.3.2 Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista	39
2.2. Prestação pela iniciativa privada.....	47
2.2.1. Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos	64
2.2.1.1. Organizações Sociais e Contrato de Gestão	70
2.2.2 Entidades Privadas com finalidade lucrativa.....	81
3 - MODELO DE GESTÃO MAIS VIÁVEL AO CASO CONCRETO	86
4 - PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA A CELEBRAÇÃO DA PARCERIA	99
5 - CONCLUSÃO	110



1 - APRESENTAÇÃO

O presente PARECER TÉCNICO – MODELO DE GESTÃO NA SAÚDE integra o conjunto de atividades previstas em contrato celebrado entre a ADVCOM Consultores Ltda. e o Município de Fazenda Rio Grande/PR para prestação de serviços técnicos de consultoria e assessoria técnica, com o fito de subsidiar o município de Fazenda Rio Grande nas atividades voltadas à implantação e operacionalização do compartilhamento da Gestão da Saúde Municipal através de Organizações Sociais (OS) ou outro modelo que se demonstre mais adequado.

Este estudo diz respeito especificamente ao Item 2.2.1 das Especificações Técnicas, constantes do Termo de Referência veiculado no ANEXO II do Contrato acima referido, que prevê a elaboração de PARECER TÉCNICO que:

2.2.1 verifique e demonstre a adequação da celebração de Contrato de Gestão com Organização Social para os fins pretendidos pelo Município;

Tomando por base as conclusões alcançadas nas etapas anteriores do Contrato em referência, em especial no PARECER TÉCNICO - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, conclui-se o principal problema da saúde no Município de Fazenda Rio Grande refere-se ao não funcionamento do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida – HMNSA, que se encontra reformado, parcialmente equipado, mas não operativo. Nesse cenário, considerando que as demais unidades de saúde do Município encontram-se atualmente em funcionamento, por meio da Administração Direta, o presente Parecer busca verticalizar aos termos do Projeto de Gestão do HMNSA proposto no DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.



Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever de modo fundamentado a modelagem jurídica mais apta a implementar o projeto em questão. O Parecer, destarte, destina-se a dar suporte à seleção, pelo Município, da forma mais viável para a reabertura do HMNSA. Ademais, o Parecer enfrenta também os balizamentos e providências a serem adotados com vistas a garantir que a implantação da solução de gestão ocorra de maneira lúdima, em respeito ao ordenamento jurídico e às orientações emanadas dos órgãos de controle.

1.1. Documentos Instrutórios

O presente Parecer analisou dados e documentos:

- (i) obtidos publicamente na Internet, de caráter oficial;
- (ii) enviados pelo Município em resposta aos Ofícios nº. 01/2018 e nº. 02/2018 – ADVCOM/FRG;
- (iii) extraídos de visitas técnicas presenciais nas unidades de saúde locais, nos dias 07/11/2018, 18/01/2019 e 28/01/2019.

1.2. Normas Aplicáveis

Incidem à temática alvo do presente Parecer, principalmente, mas não exclusivamente, dispositivos:

- Da Constituição Federal de 1988;



- Da Lei Federal n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e seu Decreto regulamentador n. 7.508/2011;
- Da Portaria n. 2.567/2016 do Ministério da Saúde, sobre a complementaridade no SUS, atual Portaria de Consolidação n. 01/2017;
- Da NOB/SUS-96 (Norma Operacional Básica do SUS);
- Da Portaria n. 399/2006 do Ministério da Saúde ("Pacto pela Saúde");
- Da Lei Complementar n. 101/2000, sobre Responsabilidade Fiscal;
- Da Lei Federal n. 4.320/194, sobre Orçamento Público;
- Do Decreto-Lei n. 200/1967, sobre Organização Administrativa;
- Da Lei Federal n. 13.303/2016 (Estatuto das Estatais);
- Da Lei Federal n. 8.666/1993, sobre Licitações e Contratos Administrativos;
- Do Decreto Federal n. 6.170/2007, sobre Convênios;
- Da Lei Federal n. 8.987/1995, sobre Concessões de Serviços Públicos;
- Da Lei Federal n. 11.079/2004, sobre Parcerias Público-Privadas;



- Da Lei Federal n. 9.637/1998 e seu Decreto regulamentador n. 9.190/2017, sobre Organizações Sociais;
- Da Lei Federal n. 9.790/1999 e seu Decreto regulamentador n. 3.100/1999, sobre OSCIPs;
- Da Lei Federal n. 13.019/2014 e seu Decreto regulamentador n. 8.726/2016, sobre parcerias com Organizações da Sociedade Civil.

2 - ANÁLISE DAS POSSIBILIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A Constituição Brasileira de 1988, diploma carregado de forte inspiração social, trata o direito à saúde como direito fundamental dos mais caros ao cidadão, inscrevendo-o expressamente no *caput* do artigo 6º, *in verbis*:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Mais adiante, no campo específico da Saúde, o constituinte mais uma vez firmou a importância do direito à saúde, ao prever, no art. 196, sua generalidade e o dever estatal inescusável de sua prestação:

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

Para assegurar a concretização de tal direito, de forma

racionalizada, a própria Constituição também trouxe previsão acerca da administração do sistema público de saúde, o SUS, mediante sua subdivisão nas três esferas de Governo. Trata-se do disposto no art. 198 do diploma constitucional:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III - participação da comunidade.

Desse panorama, pode-se notar que a temática da Saúde certamente foi eleita pelo constituinte como uma das mais importantes para a satisfação da população, eleita como direito fundamental social de prestação inescusável pelo Estado Brasileiro.

Nesse espectro, são diversas as possibilidades abertas pelo ordenamento jurídico pátrio para a gestão de ações e serviços de saúde: desde a assunção da atividade pela Administração Direta, passando pela descentralização à Administração Indireta (Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista e Fundações), até finalmente desembocar nas parcerias com o setor privado lucrativo ou não lucrativo.

Para fins didáticos, as hipóteses de prestação de serviços públicos de saúde podem ser assim resumidas:

1. Prestação estatal (feita por entidade da Administração), que pode ser feita pela Administração Direta, por Autarquias, por Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista e, finalmente, por Fundações Públicas.

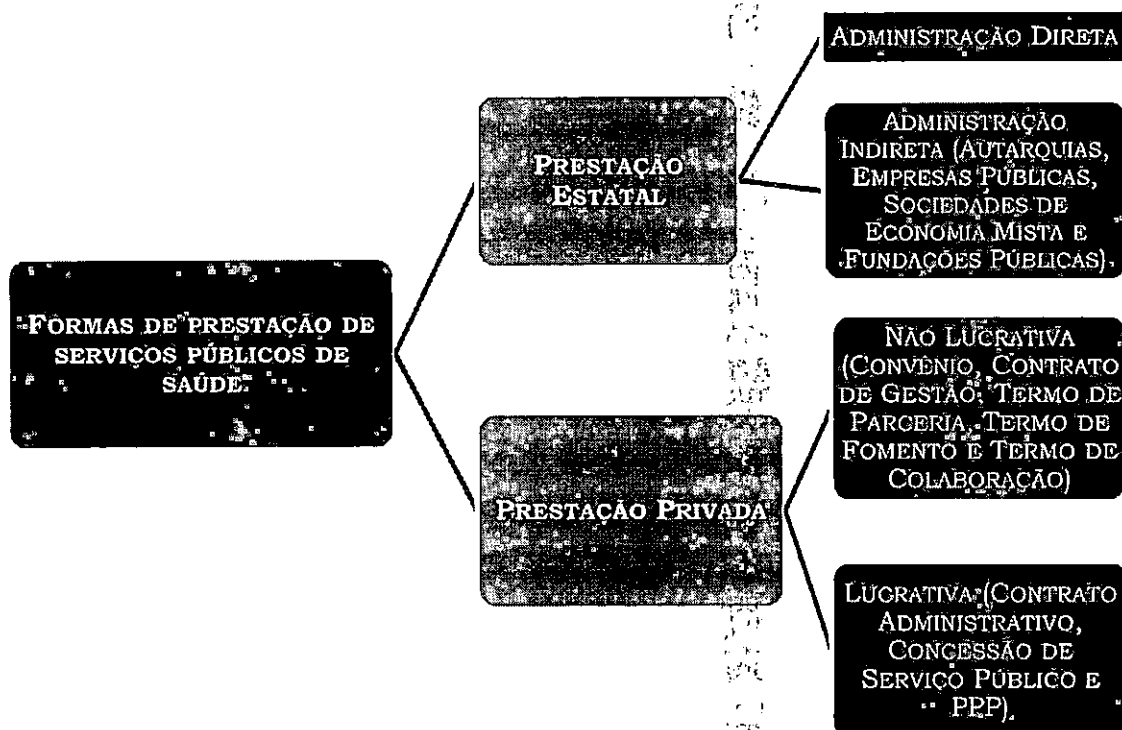
2. Prestação por entes privados, a qual se subdivide em:



2.1. Prestação privada por entidades sem finalidade lucrativa (Terceiro Setor): aqui serão tratadas as hipóteses de Convênio, Contrato de Gestão (com Organizações Sociais), Termo de Parceria (com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), e os Termos de Colaboração e de Fomento (instituídos pela Lei n. 13.019/14);

2.2. Prestação privada por entidades com finalidade lucrativa (Empresas): aqui serão tratadas as hipóteses de celebração de Contratos Administrativos típicos (Desembolso – Lei n. 8.666/93; Concessão Comum de Serviços Públicos – Lei n. 8.987/97; Parcerias Público-Privadas – Lei n. 11.079/04).

Graficamente:



2.1. Prestação estatal

A prestação estatal pode sofrer o influxo de dois regimes jurídicos diferenciados:

A) Prestação estatal sob “regime jurídico de direito público”¹: aqui serão tratadas as hipóteses de Gestão Direta e de Descentralização para Autarquias;

B) Prestação estatal sob “regime jurídico de direito privado administrativo”²: aqui serão tratadas as hipóteses de Gestão por Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista e Fundações Públicas;

A despeito disso, por questão de didática, segregar-se-ão as hipóteses de prestação estatal não pelo regime jurídico, e sim individualmente, considerando cada entidade da estrutura administrativa passível de prestar serviços de saúde.

¹ O regime jurídico de direito público (ou regime jurídico administrativo) foi pioneiramente defendido no Brasil por Celso Antônio Bandeira de Mello. Para o autor, tal regime é informado por dois princípios basilares: a indisponibilidade do interesse público e a supremacia do interesse público sobre o privado. De tais princípios derivam todos os outros (como os do art. 37, *caput*, da Constituição), e que instituem uma dialética equilibrada entre prerrogativas e sujeições na atuação administrativa. Sobre o tema: BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2012.

² A expressão foi criada pela doutrina alemã para explicar a normatividade incidente (i) sobre as atividades privadas desempenhadas por pessoas estatais e (ii) sobre as atividades públicas desempenhadas por privados. Trata-se, portanto, de uma espécie de “direito privado especial aplicável ao Estado” e de um “direito público especial aplicável ao privado”. Sobre o tema, cf.: MOREIRA, Egon Bockmann. **Direito das Concessões de Serviço Público**. São Paulo: Malheiros, 2010, p. 62-63.



2.1.1. Administração Direta

A primeira e mais tradicional modalidade de gestão de serviços públicos de saúde é aquela realizada diretamente, pela própria Administração Pública, incumbida a pessoas jurídicas sob regime de direito público. Nesta hipótese, segue-se à primeira modalidade de prestação de serviços públicos, conforme regra trazida pelo art. 175 da Constituição Federal:

Art. 175. Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, **diretamente** ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a **prestação de serviços públicos**. (G.n.).

Aqui, há duas alternativas para a prestação dos serviços de saúde:

- (i) a prestação pela Administração Direta, a encargo da Prefeitura;
- (ii) a prestação pela Administração Direta, por intermédio de desconcentração a uma Secretaria específica criada para tanto (a Secretaria de Saúde);

A primeira hipótese, de prestação de serviços públicos de saúde diretamente por parte do órgão de direção do ente público, está hoje praticamente extinta, possuindo somente validade acadêmica, tendo em vista a complexidade dos serviços públicos de saúde que possuem uma lógica própria de funcionamento e, portanto, exigem a atribuição de seu gerenciamento a uma unidade específica – ainda que dentro da Administração Direta –, com servidores especializados na área da saúde.

Justamente por isso – e aqui se atinge a segunda hipótese acima aventada – é deveras comum que os Municípios, no exercício de sua competência de desconcentração, criem internamente, na própria estrutura

da Administração Direta, órgãos públicos especialmente encarregados de gerenciar o serviço público de saúde em nível municipal: trata-se das Secretarias Municipais de Saúde, as quais generalizaram-se no Brasil a partir da edição do Decreto-Lei n. 200/67. Nessa opção, as atividades e ações de saúde, embora permaneçam ao encargo da Administração Direta (visto que as Secretarias de Saúde são órgãos e, como tal, não possuem personalidade jurídica própria), são delegadas a um setor especialmente criado para levá-las a cabo, que poderá assim acompanhá-las mais de perto, com maior eficiência na gestão do sistema.

Nas palavras de Maria Sylvia Z. DI PIETRO, desconcentração é:

[...] distribuição interna de competências, ou seja, uma distribuição de competências dentro da mesma pessoa jurídica; sabe-se que a Administração Pública é organizada hierarquicamente, como se fosse uma pirâmide em cujo ápice se situa o Chefe do Poder Executivo. As atribuições administrativas são outorgadas aos vários órgãos que compõem a hierarquia, criando-se uma relação de coordenação e subordinação entre uns e outros. Isso é feito para descongestionar, desconcentrar, tirar do centro um volume grande de atribuições, para permitir seu mais adequado e racional desempenho. A desconcentração liga-se à hierarquia.³

Veja-se, que, aqui, está-se diante do gerenciamento de serviços públicos de saúde *diretamente* por parte da Administração municipal – ainda que desconcertada com delegação de competências à Secretaria de Saúde. Não se confunde tal hipótese com os casos em que há assinatura de instrumentos de ajuste com entes privados (a exemplo de termos de parceria, convênios e contratos de gestão) para prestação de serviços de saúde: nestes casos, a Secretaria de Saúde deixa de executar diretamente

³ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 410.



o serviço, e delega/fomenta outrem para que o faça. Tais hipóteses serão tratadas adiante.

A hipótese de prestação de serviços de saúde diretamente, pela Secretaria de Saúde, deve ser encarada com reservas.

De um lado, certamente é dever da Secretaria de Saúde, como órgão da Administração Direta, concretizar as **políticas públicas de saúde** municipais, em consonância com as ordens dadas pelo Chefe do Executivo Municipal. Em assim sendo, ainda que seja delegada a um particular a **gerência de uma unidade de saúde, a gestão do Sistema Público de Saúde** em nível municipal remanescerá, **sempre**, a cargo da Secretaria municipal competente.

Tal apontamento, todavia, não autoriza a conclusão de que a Secretaria de Saúde é que deverá prestar diretamente todos os serviços e ações de saúde previstos pela Constituição: significa, apenas, que terá de geri-los todos, ou seja, que será sempre o *centro gravitacional* de toda a política de saúde pública municipal (mesmo porque, como se verá adiante, a gestão de um estabelecimento de saúde não importa violação à complementaridade da atuação privada nesse campo).

Ao contrário: na prática, tem-se demonstrado *inviável* a assunção direta da totalidade dos serviços públicos de saúde por parte da respectiva Secretaria, diante de fatores como:

(i) Elevada burocratização dos entes componentes da Administração Direta;

(ii) Elevada submissão aos influxos de um incontornável regime jurídico administrativo, puramente de direito público, o que constitui amarras sérias à atuação da Municipalidade, com efeitos danosos em se tratando de prestação de serviços essenciais à população e, principalmente, serviços que exigem maleabilidade de atuação;

(iii) Elevada especialização dos serviços públicos de saúde, que exigem expertise e alto conhecimento técnico por parte dos prestadores (e principalmente gerenciadores).

Por certo, o modelo possui vantagens como o maior controle da prestação das atividades de saúde pelo Poder Público e a não incidência de alguns impostos ante a imunidade recíproca constitucionalmente prevista.⁴

Uma tendência importante, que tem posto em relevo a capacidade de cooperação federativa do SUS, e a incapacidade de gestão autônoma de serviços, é a formação de **consórcios intermunicipais** para a organização regional de ações e serviços de saúde que correspondam a seu nível de atuação, conforme previsto na lei orgânica da saúde (artigo 10º da lei 8.080/1990), e que garantam atendimento integral à população dos municípios associados. Em 2008, registravam-se 176 desses consórcios formados para fins de prestação integral de serviços de saúde à sua população. No entanto, tais fatores dependem de uma forte articulação entre as esferas federal, estadual e municipal de Governo, e escapam, portanto, à atuação singular do Município Consulente.

⁴ Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

[...]

VI - instituir impostos sobre:

[...]

a) patrimônio, renda ou serviços, uns dos outros.



Na prática, no entanto, as vantagens do modelo são ínfimas se comparadas às desvantagens: o elevado custo de se manter um sistema público vinculado totalmente à Administração Direta (e, portanto, ao estrito influxo de um regime jus-publicístico, menos maleável) e a insuficiência técnico-econômica dos Municípios, em grande medida proporcionada pela carência de recursos e pela falta de *expertise* e de profissionais interessados em atuar como servidores públicos municipais.

Nessa perspectiva, uma avaliação conduzida pelo Banco Mundial evidenciou que as principais deficiências que afetam a qualidade do cuidado nos hospitais brasileiros estão relacionadas às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos. Esses problemas foram identificados pelos respondentes dos questionários da investigação como sendo resultantes de baixa eficiência e eficácia no manejo de recursos, ou seja, como devidos ao mau desempenho gerencial.⁵

Ademais, a falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais foi repetidamente referida como o fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta a prestação de serviços hospitalares com agilidade e qualidade. Nesse passo, as unidades assistenciais vinculadas à Administração Pública Direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acaba por comprometer sua efetividade.

Um desses problemas – talvez o principal – é a dificuldade de incorporar profissionais e especialistas de saúde no número e na

⁵ WorldBank. Report No. 36601-BR. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). Raising the quality of public spending and resource management. 2007. wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/03/06/000090341_20070306085417/Rendered/PDF/366010BR.pdf

diversidade que se fazem necessários. Ademais, é igualmente prejudicada a relação com o mercado de insumos de saúde (medicamentos e equipamentos) e com os parceiros do setor privado, que têm em comum a característica de alto dinamismo tecnológico.

Os motivos da baixa efetividade podem ser desdobrados da seguinte maneira:

- a) reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta;
- b) limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos, cujos gastos não podem ultrapassar 60% do total de receitas correntes líquidas;
- c) falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente;
- d) dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis.

Em assim sendo, a assunção dos serviços pela Secretaria Municipal de Saúde implica a geração de custos demasiadamente altos para a Administração Direta, que terá de ter sua estrutura em muito aumentada para atender aos anseios da população.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

Tal alternativa, a despeito de facilitar o controle da prestação da atividade por parte da Administração, possui o inconveniente de gerar desnecessárias despesas com pessoal. Isso sem mencionar a enorme dificuldade prática enfrentada por diversos municípios – como é o caso da Consulente, em informações prestadas pela Secretaria de Saúde – em contratar médicos dispostos a possuir vínculo formal com o município, visto que a maioria da classe médica prefere laborar de forma autônoma. Não senão por isso, a grande maioria dos concursos públicos para seleção de médicos fracassa, ante o comparecimento de número de profissionais ínfimo se comparado às reais necessidades do Município.

Daí porque se conclui pela ineficiência de um modelo como esse, que se pautar puramente na atuação da Administração Direta (ainda que desconcentrada) na prestação de serviços públicos de saúde.

2.1.2. Administração Indireta: pessoas jurídicas de direito público

A despeito dessas duas modalidades, o Poder Público pode optar, ainda, por **descentralizar** os serviços assistenciais de saúde, atribuindo-os a uma entidade com personalidade jurídica própria, especialmente criada para tal finalidade. Nesse passo, o art. 11 do DL 200/67:

Art. 11. A delegação de competência será utilizada como instrumento de descentralização administrativa, com o objetivo de assegurar maior rapidez e objetividade às decisões, situando-as na proximidade dos fatos, pessoas ou problemas a atender.

Nesse senso, afirma Maria Sylvia Zanella DI PIETRO que descentralização “é a distribuição de competências de uma para outra

pessoa, física ou jurídica. [...] A descentralização supõe a existência de, pelo menos, duas pessoas, entre as quais se repartem as competências”.⁶ É também esse o entendimento de Celso Antônio BANDEIRA DE MELLO, para quem a descentralização “pressupõe pessoas jurídicas diversas: aquela que originariamente tem ou teria titulação sobre certa atividade e aquela ou aquelas às quais foi atribuído o desempenho das atividades em causa”.

7

Caso se opte pela constituição de entidade com personalidade jurídica de direito público – submetida, portanto, aos mesmos regramentos da Administração Direta –, a solução é a criação de uma **Autarquia**.

Na esfera federal, extrai-se do já citado Decreto-Lei 200/67:

Art. 10. A execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada.

§ 1º A descentralização será posta em prática em três planos principais:

- a) dentro dos quadros da Administração Federal, distinguindo-se claramente o nível de direção do de execução;
- b) da Administração Federal para a das unidades federadas, quando estejam devidamente aparelhadas e mediante convênio;
- c) da Administração Federal para a órbita privada, mediante contratos ou concessões.

§ 2º Em cada órgão da Administração Federal, os serviços que compõem a estrutura central de direção devem permanecer liberados das rotinas de execução e das tarefas de mera formalização de atos administrativos, para que possam concentrar-se nas atividades de planejamento, supervisão, coordenação e controle.

§ 3º A Administração casuística, assim entendida a decisão de casos individuais, compete, em princípio, ao nível de execução, especialmente aos serviços de natureza local, que estão em contato com os fatos e com o público.

⁶ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23. Ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 410.

⁷ MELLO, Celso Antonio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 12ª. Ed. São Paulo: Malheiros, 2000. p. 126.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

§ 4º Compete à estrutura central de direção o estabelecimento das normas, critérios, programas e princípios, que os serviços responsáveis pela execução são obrigados a respeitar na solução dos casos individuais e no desempenho de suas atribuições.

Nesse tópico, está-se diante da descentralização prevista pela alínea "a" do §1º acima, visto que a alínea "b" não se aplica e a alínea "c" será abordada adiante.

É também do Decreto-Lei 200/67 que se extrai o conceito de Autarquia:

Art. 5º Para os fins desta lei, considera-se:

I - Autarquia - o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada.

A hipótese, a despeito de juridicamente possível, é pouco adotada na prática: em verdade, está-se dispendendo energia para criar uma entidade autônoma que estará submetida ao mesmo regramento da Administração Direta, pelo que se demonstra de pouca utilidade endereçar esforços à constituição de uma entidade que tal, se a Administração Direta (ainda que desconcertada em órgãos) pode concretizar as atividades da mesma forma e sob o influxo do mesmo regime jurídico.

Deve-se inserir aqui também **Fundações Públicas** dotadas de personalidade jurídica **de Direito Público**. Isso porque as fundações criadas e mantidas pelo Poder Público **podem possuir personalidade jurídica de direito público ou de direito privado**.

Quando possuem personalidade jurídica **de direito público** (Fundações Públicas de Direito Público), a elas se aplica regime jurídico idêntico ao das autarquias – daí porque numerosos autores utilizam a expressão ***fundação autárquica*** ou ***autarquia fundacional*** para defini-las.

As fundações estatais de direito público (fundações autárquicas), assim como as autarquias, submetem-se ao regime jurídico-administrativo em sua integralidade, de modo que em que pese sua especialidade, não há grandes diferença em relação aos serviços prestados pela Administração Direta.

Como ilustração, podem ser citadas as seguintes disposições constitucionais aplicáveis tanto a atividades de saúde prestada pela Administração Direta, quanto por Autarquias ou Fundações Autárquicas: artigo 22, XXVII, artigo 37, XI, artigo 38, I, II, III, IV e V, artigo 39, e artigo 40, todos da Constituição Federal.

Tais dispositivos trazem, como se pode perceber, regras aplicáveis à administração direta e estendidas às autarquias e às fundações estatais de direito público. Trata-se, pois, do regime comumente chamado de regime jurídico administrativo em sua integralidade, que naturalmente contém maior grau de limitações em relação ao regime jurídico-administrativo aplicável às fundações estatais de direito privado.

A maior vantagem do esquema aqui abordado é a maior *autonomia* da Autarquia/Fundação Autárquica com relação à Administração Central, o que, visto por outro aspecto, significa também menor submissão ao necessário controle por parte do Governo municipal. Outra vantagem desta modalidade é a *especialização* conquistada pela Autarquia, entidade criada



com finalidade e propósito específico e, por isso mesmo voltada exclusivamente ao desempenho de suas funções.

No entanto, a solução da gestão direta pelo Município, quer pela Secretaria de Saúde, quer mediante constituição de Autarquia/Fundação Autárquica Municipal, é pouco adequada.

Nessa medida, a criação de Autarquia/Fundação Autárquica municipal própria para levar a cabo a missão de gerenciar as unidades de saúde, se por um lado pode representar algum ganho em eficiência (eis que se cria entidade autônoma, independente, para cumprir suas missões), de outro lado representa os mesmos entraves de cunho orçamentário e burocrático acima apresentados.

Ainda, a dificuldade da contratação de médicos vinculados com a municipalidade pela via estatutária é percalço que se repete nesse sistema, e a autonomia da autarquia com relação à administração central (direta), se por um lado pode implicar ganho em matéria de autonomia, por outro lado pode constituir obstacularização do controle (eis que aqui o controle não é mais hierárquico, e sim realizado mediante o princípio da tutela).

Aqui reaparecem, a toda evidência, as dificuldades de realização de investimento – que dependem dos escassos recursos públicos (ainda mais em nível municipal) – e de melhora das condições e dos serviços ofertados à população.

Num campo como o da saúde, tais entraves podem significar, na prática, a completa impossibilidade de gerência de uma unidade hospitalar, explicitada em indicadores de baixa eficiência. Nessa perspectiva, não se pode preferir a burocracia do regime estritamente público à maior eficiência

possível, que deve ser alcançada pelo Poder Público nos termos do art. 37 *caput*, da Constituição.

A organização da atividade médica, como se sabe, possui características próprias, decorrentes de seu processo de trabalho e do ambiente em que se insere, o que faz dela uma das atividades *mais complexas do mundo organizacional*.⁸ Nessa perspectiva, segundo Pedro Ribeiro BARBOSA:

Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões, uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo quanto o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, procurando atingir produtos e resultados globais em termos de eficiência e eficácia. Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais [e jurídicos] exige uma compreensão acerca da natureza particular de sua complexidade.⁹

Diante da situação concreta do Município e da argumentação acima tecida, não pode ser essa a melhor opção a solucionar o caso da Consulente.

2.1.3. Administração Indireta: pessoas jurídicas de direito privado

O Poder Público pode, ainda, optar por descentralizar a prestação de serviços públicos de saúde em entidades da Administração Indireta, as

⁸ LIMA, Sheyla Maria L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, v.30, n.5, p.104, set./out. 1996.

⁹ BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão de hospitais públicos: maior autonomia gerencial, melhor performance organizacional com apoio em contratos de gestão. **Revista do Serviço Público - RSP**, ano 47, v.120, n.2, p.72, maio/ago. 1996.



quais não se submetem estritamente ao regime jurídico de direito público, eis que possuem personalidade jurídica de direito privado.

Está-se, ainda, diante da prestação estatal de serviços públicos pelo Estado, no entanto, aqui, dita prestação assume contornos bastante diversos, visto que o regime jurídico a que se submete a prestação da atividade em questão é substancialmente alterado, ante a personalidade jurídica de direito privado da entidade acometida de sua execução.

Abrem-se, aqui três possibilidades:

- (i) a prestação por fundação pública (de direito privado);
- (ii) a prestação por empresa pública;
- (iii) a prestação por sociedade de economia mista;

No que toca às fundações públicas de direito privado, denominadas hodiernamente fundações estatais, a questão merece maior esclarecimento.

2.1.3.1 Fundações estatais

Prevalece, nesse campo, em conformidade ao que foi traçado acima, o entendimento de que existem duas espécies de fundações instituídas pelo Poder Público: as de direito público e as de direito privado, conforme ARAGÃO *et. al.*:

A Constituição de 5 de outubro de 1988, não obstante referir-se às fundações de forma assistemática e até confusa, reconheceu, no âmbito do direito constitucional, a existência da fundação pública instituída e mantida pelo Poder Público e da fundação pública

instituída pelo Poder Público porém de natureza jurídica de direito privado.¹⁰

Em possuindo personalidade jurídica de Direito Público, como acima visto, o regime que se lhe aplica é idêntico ao das Autarquias, pelo que parcela da doutrina as denomina, inclusive, de “**Fundações Autárquicas**”, demonstrando que a opção por tais entes para gerir a saúde pública municipal se confunde, em verdade, com a opção pela gestão autárquica.

Portanto, deve-se frisar que neste tópico estão sendo consideradas somente as Fundações Públicas de Direito Privado, visto que, quanto às Fundações Públicas de Direito Público, trata-se na verdade de Autarquias, e destarte mereceram tratamento em conjunto com tais entidades, consoante exposto acima.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, veio a consagração da fundação pública de **direito público** como forma jurídica de descentralização da ação do Estado, impondo a essas entidades as mesmas restrições administrativas, orçamentárias e financeiras do modelo de autarquias. Dez anos depois, a Emenda Constitucional nº 19/98 alterou o inciso XIX do art. 37 da constituição e determinou que 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 atuação.

Até o presente momento, inexiste referida lei complementar. No entanto, como subsídio para a admissibilidade da fundação estatal de **direito privado**, há que se trazer à lume a seguinte decisão do STF, de 1984:

¹⁰ ARAGÃO, Alexandre Santos de; *et. al.* In: SANTOS, Lenir (Org.). **Fundações Estatais: estudos e pareceres**. SP: Saberes Editora, 2009, p.135.



ACUMULAÇÃO DE CARGO, FUNÇÃO OU EMPREGO. FUNDAÇÃO INSTITUÍDA PELO PODER PÚBLICO. -NEM TODA FUNDAÇÃO INSTITUÍDA PELO PODER PÚBLICO É FUNDAÇÃO DE DIREITO PRIVADO. - ÀS FUNDAÇÕES, INSTITUÍDAS PELO PODER PÚBLICO, QUE ASSUMEM A GESTÃO DE SERVIÇO ESTATAL E SE SUBMETEM A REGIME ADMINISTRATIVO PREVISTO, NOS ESTADOS-MEMBROS, POR LEIS ESTADUAIS SÃO FUNDAÇÕES DE DIREITO PÚBLICO, E, PORTANTO, PESSOAS JURÍDICAS DE DIREITO PÚBLICO. - TAIS FUNDAÇÕES SÃO ESPÉCIE DO GÊNERO AUTARQUIA, APLICANDO-SE A ELAS A VEDAÇÃO A QUE ALUDE O PARÁGRAFO. 2. DO ART. 99 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. - SÃO, PORTANTO, CONSTITUCIONAIS O ART. 2º, PARÁGRAFO 3º DA LEI 410, DE 12 DE MARÇO DE 1981, E O ART. 1º DO DECRETO 4086, DE 11 DE MAIO DE 1981, AMBOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO CONHECIDO E PROVIDO. Processo: RE 101126 RJ. Relator(a): MOREIRA ALVES. Julgamento: 24/10/1984. Órgão Julgador: TRIBUNAL PLENO.

Merece destaque ainda que no ano de 2002, a Ministra Ellen Gracie, da mesma corte, reconheceu que a figura jurídico-institucional própria para a execução, pelo Poder Público, de atividades não-exclusivas de Estado é a fundação estatal de direito privado. Eis excerto da decisão:

De tudo se conclui que o ordenamento jurídico brasileiro contempla três espécies do gênero fundação: aquelas tipicamente privadas, melhor dito, particulares, por não registrar qualquer participação, em sua criação, do Poder Público, regidas exclusivamente pelo Código Civil Brasileiro; aquelas criadas pelo Poder Público e que consignam, no ato de sua instituição, personalidade jurídica de direito público; e, finalmente, aquelas que, criadas pelo Poder Público, são instituídas, todavia, como pessoas jurídicas de direito privado (...). Essas duas últimas espécies – as fundações com personalidade jurídica de direito público criadas pelo Estado, e as fundações com personalidade jurídica de direito privado, também criados pelo Estado, agora mediante lei e antes por autorização legislativa, compõem o subgênero dito “fundações públicas”, submetendo-se, ambas aos controles públicos, e integrando, ambas, a Administração Pública Indireta. O que as distingue entre si é que as fundações de direito público nada mais são que autarquias travestidas em forma fundacional. Por essa razão os servidores são considerados servidores públicos civis, aplicando-se-lhes, por exemplo, a norma

do art. 39 da Constituição Federal. Já a fundação de direito privado instituída pelo Poder Público – também fundação pública – é privada, mas não é particular (agravo no RE nº 219.900-1/RS, acórdão de 4 de junho de 2002, relatora Ellen Gracie)

Já em 2006 a figura jurídico-institucional das fundações públicas foi objeto de debate entre os Ministros do Supremo Tribunal Federal, no qual foi reafirmada a possibilidade de o Estado instituir fundações de direito público ou privado, por meio de decisão relatada pelo Ministro Eros Grau.¹¹

Tal entendimento encontra fundamento ainda no Decreto-Lei n. 200/67, após alterações feitas pela Lei n. 7.596/87:

Art. 5º.

[...] IV - **Fundação Pública** - a entidade dotada de **personalidade jurídica de direito privado**, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. (G.n.)

[...] § 3º As entidades de que trata o inciso IV deste artigo **adquirem personalidade jurídica com a inscrição da escritura pública de sua constituição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas**, não se lhes aplicando as demais disposições do Código Civil concernentes às fundações.¹² (G.n.)

Afirma, sobre o tema, Alexandre Santos de Aragão *et. al.*:

As fundações de natureza jurídica de direito privado ingressam no mundo jurídico por vontade do Poder Público, manifestado por lei autorizativa, nos expressos termos do inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, com a redação dada pela EC nº 19, de 4 de junho de 1998, e pelo art. 1º, inciso II, da Lei nº 7.596/87, e

¹¹ MS 24427, Relator(a): Min. EROS GRAU, Tribunal Pleno, julgado em 30/08/2006, DJ 24-11-2006 PP-00064 EMENT VOL-02257-04 PP-00629 LEXSTF v. 29, n. 338, 2007, p. 189-204.

¹² Incluídos pela Lei n. 7.596/87.



adquirem personalidade por meio da inscrição de seu estatuto no Registro das Pessoas Jurídicas.¹³

É preciso, aqui, fazer um adendo de cunho teórico, eis que, diante da possibilidade de criação, pela Administração Pública, tanto de fundações dotadas de personalidade jurídica de direito privado quanto de direito público, é preciso identificar em que ocasiões uma fundação estatal terá personalidade de direito público e quando terá personalidade de direito privado.

Para auxiliar os operadores do Direito nessa situação, alguns nortes hermenêuticos foram estabelecidos, fixando a doutrina determinados critérios distintivos para verificar, no caso de cada fundação estatal, qual sua natureza jurídica específica.

Nesse ponto, na esteira do que fez Toshio MUKAI,¹⁴ é possível destacar duas ordens de critérios de diferenciação entre as fundações estatais: **critérios formais e critérios materiais**.

Sob o ponto de vista dos critérios formais, fundação pública de direito privado é a entidade criada por autorização legislativa, decreto regulamentar e registro em cartório de seus atos constitutivos. D'outra parte, fundação pública de direito público é aquela que tem sua gênese na lei, vindo a constituir uma afetação do patrimônio do Poder Público instituidor, com vistas ao exercício de uma atividade típica da Administração Pública.

¹³ ARAGÃO, Alexandre Santos de; *et. al.* In: SANTOS, Lenir (Org.). **Fundações Estatais: estudos e pareceres**. SP: Saberes Editora, 2009, p.148.

¹⁴ MUKAI, Toshio. As Fundações de Direito Público e de Direito Privado na Constituição de 1988. **Boletim de Direito Administrativo**. 02/91, p. 102-104.

No que concerne aos critérios formais, consigne-se que as fundações de direito público, sujeitas ao regime de direito público, e que também se denominam autarquias fundacionais, só podem ser instituídas pelo Poder Público, e são criadas por lei.

As fundações de direito privado podem ser instituídas pelo particular, por escritura pública registrada, ou pelo Poder Público, neste caso autorizadas por lei (autorização necessária por envolver disponibilidade de patrimônio e recursos de origem pública), mas também através do registro de escritura pública de instituição no cartório competente.

A diferença é flagrante: as fundações autárquicas ingressam no mundo jurídico a partir da promulgação da lei que as cria, não sendo necessário qualquer ato notarial ou de registro para que, de imediato, passem a existir, com personalidade jurídica própria; as fundações de direito privado, mesmo instituídas pelo Poder Público, adentram o mundo jurídico a partir do registro dos seus atos constitutivos (escritura de instituição e constituição) no cartório competente, e não a partir da lei que autoriza sua instituição. Só então adquirem personalidade jurídica e capacidade obrigacional.¹⁵

No mesmo sentido, preleciona Plínio SALGADO:

Tanto a fundação de direito público quanto a de direito privado só podem ser criadas senão em virtude de lei (artigo 37, XIX, da CF). A de direito público, é a lei que lhe dará existência jurídica, atribuindo-lhe personalidade. Quanto a de direito privado, a lei é apenas autorizativa de sua criação, que se dá, na forma da lei substantiva civil, mediante escritura pública e registro no órgão

¹⁵ NETO DE ARAÚJO, Edmir. As Fundações Públicas e a Nova Constituição. **Revista da Procuradoria Geral do Estado**, dez. 1989, p. 179-192. (gn)



competente; só assim adquire personalidade jurídica. Face ao princípio do paralelismo da forma, a fundação de direito público só pode ser extinta por lei, que há de ser autorizativa para a extinção da de direito privado.¹⁶

Tendo por base os entendimentos acima colacionados, pode-se extrair a ilação de que, ao contrário das fundações de direito público, que exigem criação mediante lei, as fundações estatais de direito privado necessitam apenas de autorização da lei para a sua criação, sendo a personalidade jurídica destas entidades adquirida com a inscrição pública do ato de sua constituição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas. São, pois, dois atos diversos: a lei autoriza a criação, enquanto o ato de registro inaugura a personalidade jurídica de direito privado da fundação.¹⁷

Veja-se que o mesmo raciocínio deve se aplicar quanto à extinção das fundações, por imperativo do denominado *princípio do paralelismo*: como no caso das fundações estatais de direito privado a lei apenas autoriza a criação da entidade, do mesmo modo apenas a lei autorizará a extinção de tais fundações.

O parágrafo terceiro do artigo 5º do Decreto-Lei n. 200/67 dispõe exatamente isso:

Art. 5º Para os fins desta lei, considera-se:

[...]

¹⁶ SALGADO, Plínio. A Natureza Jurídica das Fundações instituídas e mantidas pelo Estado. **Revista do Tribunal de Contas de Minas Gerais**, v. 6, nº 1, p. 84/85. (G.n.)

¹⁷ Neste viés, assinala Edson José RAFAEL: "Basta uma única Lei a autorizar o nascimento, com vinculação patrimonial que o Executivo se encarregará de completar a formalização do futuro ente paraestatal regulamento-o por decreto, no qual, inclusive, designará quem deva, por delegação governamental, comparecer ao Tabelião de Notas para lavrar a escritura pública de fundação privada do Direito Civil, criada pelo Poder Público" - RAFAEL, Edson José. **Fundações e Direito 3º Setor**. São Paulo: Editora Pontifícia Universidade Católica, 1997.

§ 3º As entidades de que trata o inciso IV deste artigo [fundações públicas de direito privado] adquirem personalidade jurídica com a inscrição da escritura pública de sua constituição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, não se lhes aplicando as demais disposições do Código Civil concernentes às fundações. (G.n.)

Pelo exposto, é possível denotar que, a propósito do **critério formal**, a fundação estatal de direito público é **criada** por lei, enquanto a fundação estatal de direito privado tem sua criação **autorizada** por lei, de modo que a aquisição da personalidade jurídica ocorre mediante o registro de seu ato constitutivo.

Ainda quanto ao aspecto formal, deve-se ressaltar que, por estarem as entidades criadas pelo Poder Público sujeitas a uma série de controles estatais dirigidos a elas, não há necessidade do velamento por parte do Ministério Público, consoante preconiza a legislação civil.¹⁸ Nesse sentido, note-se, é o que dispõe o acima transcrito parágrafo 3º do artigo 5º do Decreto-Lei n. 200/67, plenamente aplicável com base no art. 2º, parágrafo 2º do Decreto-Lei n. 4.657/42.¹⁹

Corroborando tal assertiva, quanto à desnecessidade de intervenção do Ministério Público no âmbito cartorial de registro da fundação, veja-se o que assevera Alexandre Santos de ARAGÃO:

Quanto às fundações públicas de direito privado, o Decreto-lei nº. 200/67 é contraditório: no art. 5º, IV, afirma que as fundações públicas são pessoas jurídicas de direito privado; no §3º do mesmo artigo diz que, ressalvada a constituição pelo registro próprio, não aplicar-se-lhe-ão, as normas do Código Civil referentes às fundações. **Sendo assim, não são controladas pelo Ministério Público, mas pelo ente político instituidor, uma vez que, ao contrário do que se dá nas fundações particulares, a vontade**

¹⁸ Código Civil, Art. 66: *Velará pelas fundações o Ministério Público do Estado onde situadas.*

¹⁹ Lei de Introdução ao Código Civil.



do instituidor não se desliga de forma definitiva da fundação. Da mesma forma, a lei poderá extinguir ou modificar o regime jurídico da fundação pública, ainda que de Direito Privado, independentemente de qualquer ato social interno desta.²⁰

De outro giro, sob o enfoque dos **critérios materiais** de diferenciação entre uma fundação estatal de direito público e uma fundação estatal de direito privado, Carlos Ari SUNDFELD sugere a análise dos seguintes fatores de discriminação:

- a) Verificar se há, na lei instituidora da fundação ou em seu estatuto, **menção expressa a respeito da personalidade jurídica do ente criado** (se houver, constará já um indicativo da natureza jurídica da fundação pretendida pelo Poder Público);
- b) como critério subsidiário, caso a lei instituidora da fundação disponha que os seus funcionários serão contratados com base no **regime trabalhista celetista**, a fundação apontará para uma personalidade jurídica de direito privado;
- c) por fim, denotará personalidade jurídica pública a fundação governamental que desempenhar atividades exclusivas do Poder Público (poder de polícia, serviços públicos indelegáveis, etc.); de outra parte, **explorando atividades não exclusivas do Estado** (ex.: atividades ligadas ao desporto e à saúde), **a fundação poderá ter natureza jurídica de direito privado.**²¹ (G.n.)

Com inspiração semelhante, aponta Maria Sylvia Zanella DI PIETRO que *“em cada caso concreto, a conclusão sobre a natureza jurídica da fundação – pública ou privada – tem que ser extraída do exame da sua lei instituidora e dos respectivos estatutos”*.²²

²⁰ ARAGÃO, Alexandre Santos de. As Fundações Públicas e o Novo Código Civil. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, nº. 20 – dez./jan./fev. 2009/2010, p. 9, (G.n.)

²¹ SUNDFELD, Carlos Ari. Fundações Governamentais. **Revista de Direito Público**, ano 24, n. 97, p. 91.

²² DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 404.

Nesse prisma, a fundação estatal constitui modalidade de descentralização administrativa, inserida na administração pública indireta, ao lado das empresas públicas e sociedades de economia mista e sujeita ao controle estatal para que a vontade do ente Público que a instituiu seja cumprida. Ou seja, é administração pública, patrimônio público personalizado segundo as regras do direito privado, para a prestação de serviços públicos e seus agentes são empregados públicos, revestidos de responsabilidade pública.

Ela estará vinculada ao órgão ou entidade em cuja área de competência estiver inserida a sua atividade conforme a lei que autorizar sua criação, e estará sujeita à fiscalização do sistema de controle interno de cada Poder e ao controle externo pelos órgãos competentes. A lei autorizativa deverá estabelecer o regime administrativo mínimo (normas de caráter público que devem ser aplicadas à entidade, para garantir a observância do interesse público).

Mister consignar que a criação, pelo Estado, de fundações estatais não consubstancia *imunização* à incidência do “regime jurídico administrativo”, acima relatado. A bem da verdade, o que ocorre é justamente o inverso: criadas que são pelo poder público, por meio de autorização legal, as fundações estatais não deixam, pelo simples fato de ostentar personalidade jurídica privada, de se submeter ao regramento de direito público (ainda que parcialmente), no que se denomina de “regime de direito administrativo mínimo” ou de “direito administrativo privado”.

Preconiza Marçal JUSTEN FILHO:

Há um “mínimo” de direito público que é inafastável das entidades públicas com estrutura de direito privado, decorrente da natureza instrumental da entidade criada para o cumprimento de função



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

administrativa. Ser dotada de personalidade jurídica de direito privado não significa ausência de natureza estatal, o que exige instrumentos de controle e vinculação à realização dos valores da democracia republicana.²³

Segundo a doutrina de Maria Sylvia Zanella DI PIETRO:

(...) a posição da fundação governamental privada perante o poder público é a mesma das sociedades de economia mista e das empresas públicas; todas elas são entidades públicas com personalidade jurídica de direito privado, pois elas são instrumentos de ação do Estado para a consecução de seus fins; todas elas submetem-se ao controle estatal para que a vontade do ente público que a instituiu seja cumprida; nenhuma delas se desliga da vontade do Estado para ganhar vida inteiramente própria; todas elas gozam de autonomia parcial, nos termos outorgados pela respectiva lei instituidora.²⁴

No mesmo passo, Alexandre ARAGÃO *et al.*:

Estão seus empregados sujeitos ao regime jurídico celetista, mediante concurso público de provas ou de provas e títulos (art. 37, II, da CF), inclusive para acumulo de cargos para fins criminais (art. 327 do Código Penal) e para fins de improbidade administrativa (arts. 1º e 2º da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992). Não se aplica a estabilidade constante do art. 41 da Constituição Federal, da mesma forma que os empregados de empresas estatais não se enquadram na situação descrita na norma. São beneficiários de acordo coletivo de trabalho e do FGTS e possuem plano de carreira, emprego e salários próprios.

Submissão à Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, para a realização de licitação, nos termos dos arts. 1º e 19; possibilidade de contratação direta com o Poder Público, sem licitação, na hipótese prevista no art. 24, inciso XIII.²⁵

²³ JUSTEN FILHO, Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

²⁴ DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**, 10ª ed. São Paulo; Atlas, 1998, pp. 323-24.

²⁵ ARAGÃO, Alexandre Santos de; *et al.* In: SANTOS, Lenir (Org.). **Fundações Estatais: estudos e pareceres**. SP: Saberes Editora, 2009, p.149/153.

É importante ressaltar que o Poder Público poderá constituir fundações estatais para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado (como é o caso de Educação e Saúde), bem como não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto e previdência complementar do servidor público.

Assim é que, no que concerne ao regime jurídico aplicáveis das fundações estatais, aponta a doutrina a necessidade de observância, por essas entidades, de normas de viés público com natureza basilar, a exemplo da necessidade de realização de concurso público para a contratação de pessoal (ainda que se submetam ao regime celetista), da necessidade de procedimento licitatório para contratação de compras e de serviços, da vedação de acumulação de cargos, e da obrigatoriedade de prestação de contas ao Tribunal de Contas.

É justamente pela submissão das fundações estatais de direito privado ao que a doutrina aponta ser um "regime jurídico-administrativo mínimo", que as fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado não configuram uma fuga do direito administrativo. Ao revés, a opção do Poder Público ao instituir tal fundação deve vincular-se à busca da estrutura que mais se adeque às necessidades a serem atendidas ente criado.

Não é em outro sentido o entendimento de Carlos Ari SUNDFELD:

Deve-se sempre ter em mente que o Estado não pode, ao criar pessoas jurídicas, furtar-se a certas vinculações impostas pela Constituição a todos os entes governamentais [...] Em consequência, faz-se necessário identificar o *regime administrativo mínimo*, isto é, **as normas de caráter público que devem ser**



aplicadas a toda e qualquer fundação governamental, sem consideração de seu qualificativo público ou privado. ²⁶ (G.n.)

Nesse contexto, se às fundações estatais de direito privado são aplicáveis normas de natureza pública, é lícito concluir que serão elas submetidas, ainda que de modo contido, ao influxo de regras do regime jurídico administrativo, que condicionará o exercício de suas atividades.²⁷

De mais a mais, como normas constitucionais incidentes tanto em relação às fundações estatais de direito público quanto às de direito

²⁶ SUNDFELD, Carlos Ari *et al.* **Introdução ao Direito Administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2008, p. 279-280. No mesmo passo, assenta DI PIETRO: "Ainda que a legislação federal considere a fundação como pessoa jurídica de direito privado, nada impede que a lei instituidora adote regime jurídico-publicístico, derogando, no caso concreto, as normas gerais estabelecidas pelo decreto-lei nº. 200/67 (...) **Mesmo quando o Estado institui fundação com personalidade jurídica privada, ela nunca se sujeita inteiramente a esse ramo do direito**" – DI PIETRO. Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 20. ed. São Paulo: Atlas, 2007, p. 404-405. (gn). E adiante, na mesma obra, prossegue a autora, tratando das fundações estatais em nível federal: "[...] é importante assinalar que, quando a Administração Pública cria fundação de direito privado, ela se submete ao direito comum em tudo aquilo que não for expressamente derogado por normas de direito público, podendo essas normas derogatórias constar da própria Constituição, de leis ordinárias e complementares federais e da própria lei singular, também federal, que instituiu a entidade" – DI PIETRO. Maria Sylvia Zanella. Ob. cit. p. 410. Com inspiração semelhante, Alexandre Santos de ARAGÃO afirma: "As fundações instituídas pelo Poder Público que forem de direito privado têm apenas as características privatísticas que não decorram do Código Civil: **os seus bens são, penhoráveis, ressalvados os afetados a serviços públicos; a sua responsabilidade não é objetiva, salvo se for prestadora de serviços públicos; e o seu pessoal será necessariamente regido pela CLT.** Submeter-se-ão, contudo, como qualquer pessoa jurídica da Administração Indireta – de direito público ou privado, às normas constitucionais asseguradoras da **igualdade e moralidade da Administração Pública**, como a criação autorizada em lei (art. 37, XIX, CF), a vedação de acumulação de cargos, controle pelo Tribunal de Contas, teto remuneratório, licitações, vedação da publicidade de promoção pessoal, etc. (art. 37, CF)" – ARAGÃO, Alexandre Santos de. **As Fundações Públicas e o Novo Código Civil**. **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, nº. 20 – dez./jan./fev. 2009/2010, p. 9. (G.n.)

²⁷ A título de exemplificação, a Lei n. 11.107/05 (Lei dos Consórcios Públicos) prevê: Art. 6º (...) § 2º No caso de se revestir de personalidade jurídica de direito privado, o consórcio público observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

privado, pode-se apontar o seguinte regime jurídico, expressamente previsto no artigo 37, incisos II, XVIII, XIX e XXI ²⁸ e artigo 71, incisos II e III: ²⁹

- a) submissão aos princípios da Administração Pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência;
- b) exigência de concurso público;
- c) proibição de acumulação de seus empregos com outros empregos ou cargos e públicos;
- d) criação mediante autorização legal;
- e) contratação de obras, serviços, compras e alienações por meio de procedimento licitatório;
- f) controle de contas pelo Poder Legislativo, com auxílio do Tribunal de Contas.

²⁸ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos **princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência** e, também, ao seguinte: (...)

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de **aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos**, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (...)

XVII - a **proibição de acumular** estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público; (...)

XIX - 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; (...)

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de **licitação pública** que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações. (G.n.)

²⁹ Art. 71. **O controle externo**, a cargo do Congresso Nacional, **será exercido** com o auxílio do **Tribunal de Contas da União**, ao qual compete: (...) II - julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público; III - apreciar, para fins de registro, a legalidade dos atos de admissão de pessoal, a qualquer título, na administração direta e indireta, incluídas as fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, excetuadas as nomeações para cargo de provimento em comissão, bem como a das concessões de aposentadorias, reformas e pensões, ressalvadas as melhorias posteriores que não alterem o fundamento legal do ato concessório. (g.n.)



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

Pretende-se que a fundação estatal goze de autonomia gerencial, orçamentária e financeira, nos limites da legislação, resguardada a observância dos princípios constitucionais da Administração Pública e das disposições do art. 37 da Constituição Federal, especialmente no que se refere à realização de concurso público e de regras de licitação.

O regime jurídico de pessoal da fundação estatal será o previsto pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, todavia observadas as restrições impostas aos órgãos e entidades públicos, ainda que de direito privado, pelo art. 37 da Constituição. Cada fundação estatal deve ter seu quadro de pessoal, organizado conforme plano de carreiras, empregos e salários, definido na forma do que dispuser o seu estatuto, sendo previsto que a lei que autorizar a instituição da fundação poderá fixar um percentual máximo de gasto com pessoal (visto que tal gasto é computado para fins de **Lei de Responsabilidade Fiscal**) e exigir, ainda, um percentual mínimo de reserva para aplicação em capacitação de pessoal, inovação tecnológica, investimentos, dentre outros.

Sendo a fundação estatal ente da administração indireta do Poder Público, há que se submeter à supervisão do órgão da Administração Direta ou entidade da Administração Indireta em cuja área de competência estiver inserida a sua atividade. Também está sujeita à fiscalização de órgão do sistema de controle interno do respectivo Poder e do controle externo do Tribunal ou Conselho de Contas, nos termos dos artigos 70 e 71 da Constituição.

Após tais reflexões, nota-se que as Fundações Estatais podem configurar uma escolha viável para a gestão do serviço público municipal de saúde, desde que:

- (i) seja viável ao Município a contratação de empregados públicos mediante concurso público a ser levado a cabo pela Fundação;
- (ii) o Município não possua histórico de dificuldades na contratação de agentes de saúde via concurso público;
- (iii) o Município possua margem de percentual de gastos com pessoal – eis que os empregados da fundação são computados para fins da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Nessa medida, não pode pairar dúvidas sobre o fato de que os gastos com pessoal vinculado às Fundações Públicas, nas respectivas esferas de Governo (federal, estadual e municipal) são computados para fins de incidência da limitação prevista pela **Lei de Responsabilidade Fiscal**, por expressa determinação desta última:

Art. 1º Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição.

[...]

§ 3º Nas referências:

I - à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, estão compreendidos:

[...]

b) as respectivas administrações diretas, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes; (G.n.)



As características institucionais mais importantes de uma Fundação Estatal no SUS são:

- i) personalidade jurídica adquirida mediante atos constitutivos no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, de acordo com as normas do Código Civil;
- ii) patrimônio e receitas oriundos de repasses do SUS;
- iii) autonomia gerencial, orçamentária e financeira;
- iv) integrante da administração pública indireta, vinculado a órgão ou entidade do SUS;
- v) exclusividade no atendimento de clientela do SUS;
- vi) submissão ao sistema de controle interno de cada poder federativo;
- vii) obrigatoriedade de concurso público para admissão de recursos humanos, sendo regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade, mas com direito a negociação coletiva;
- viii) obrigatoriedade de obediência a um conjunto de normas de licitação pública.

Nota-se, nessa perspectiva, que em comparação à prestação de serviços de saúde por Autarquias, a prestação de serviços por intermédio de Fundações Estatais não representa grandes ganhos de eficiência, visto



que, na prática, estas últimas se submetem aos principais entraves de cunho burocrático (regime jurídico público) a que se submetem as primeiras.

Neste ponto, deve-se ressaltar que muitas vezes o Poder Público se utiliza indevidamente de Fundações Públicas para pretender uma **fuga ao regime jurídico publicístico**, evitando a realização de licitações e concursos públicos, o que, como acima se argumentou, não se afigura conforme ao ordenamento jurídico brasileiro. Uma utilização responsável das Fundações Estatais – como deve ser – não permite uma fuga total do regime de direito público, o que importa a permanência de algumas “amarras” jurídicas à atuação da entidade, desinteressantes em se tratando do gerenciamento de serviços de saúde, complexos por sua natureza.

2.1.3.2 Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista

A prestação de serviços por Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista é bastante semelhante, visto que entre as espécies de empresa estatal as diferenças mais relevantes dizem respeito à composição do capital e à estrutura societária, o que engendra pouca (senão nenhuma) repercussão na forma de gestão dos serviços em si.

Sobre tais entidades, dispõe o DL 200/67:

Art. 5º Para os fins desta lei, considera-se:

[...]

II - Empresa Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, **criado por lei para a exploração de atividade econômica** que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito.



III - Sociedade de Economia Mista - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, **criada por lei para a exploração de atividade econômica**, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta.

Nos termos da disposição supracitada, tais entidades são criadas para exploração de atividades econômicas, de modo que o regime jurídico a que estão submetidas, para além do Decreto Lei n. 200/67 e do art. 37 da Constituição, é verticalizado no art. 173 do diploma constitucional:

Art. 173. Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a **exploração direta de atividade econômica pelo Estado** só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei.

§ 1º A lei estabelecerá o estatuto jurídico da empresa pública, da sociedade de economia mista e de suas subsidiárias que explorem atividade econômica de produção ou comercialização de bens ou de prestação de serviços, dispondo sobre:

I - sua função social e formas de fiscalização pelo Estado e pela sociedade;

II - a sujeição ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributários;

III - licitação e contratação de obras, serviços, compras e alienações, observados os princípios da administração pública;

IV - a constituição e o funcionamento dos conselhos de administração e fiscal, com a participação de acionistas minoritários;

V - os mandatos, a avaliação de desempenho e a responsabilidade dos administradores.

§ 2º - As empresas públicas e as sociedades de economia mista não poderão gozar de privilégios fiscais não extensivos às do setor privado.

§ 3º - A lei regulamentará as relações da empresa pública com o Estado e a sociedade.

§ 4º - A lei reprimirá o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros.

§ 5º - A lei, sem prejuízo da responsabilidade individual dos dirigentes da pessoa jurídica, estabelecerá a responsabilidade desta, sujeitando-a às punições compatíveis com sua natureza, nos atos praticados contra a ordem econômica e financeira e contra a economia popular.

Regulamentando referido dispositivo constitucional, sobreveio a Lei n. 13.303/2016, com o intuito de estabelecer o denominado “estatuto das estatais”, verticalizando o regime a que devem se submeter as empresas estatais na sua atuação.

As considerações acerca da gestão de serviços de saúde por pessoas jurídicas administrativas, detentoras de regime de direito privado, assemelham-se às tecidas no tópico precedente no que toca ao controle (realizado com base no princípio da tutela) e nos gastos com pessoal; ou seja: ainda que autônomas, empresas estatais estão submetidas ao controle por parte da Administração Direta que as criou (com base no princípio da tutela) e os gastos com pessoal a elas vinculado é computado para fins de incidência da Lei de Responsabilidade Fiscal (em especial porque uma empresa estatal que presta serviço de saúde será, necessariamente, uma empresa dependente – conforme prevê a lei em referência).

As ponderações divergem, no entanto, no que toca ao regime jurídico a que se submete a atividade de gestão.

Isso porque aqui há incidência de um “regime jurídico administrativo mínimo” previsto no art. 37 da Constituição (que foi



delineado nas páginas precedentes ao se abordar as Fundações Públicas), condizente principalmente com a necessidade:

- (i) de submissão aos princípios da obrigatoriedade de realização de concurso público e licitação, sendo esta realizada nos termos e condições estabelecidos na Lei n. 13.303/2016;
- (ii) de respeito ao teto remuneratório dos servidores públicos, caso seja enquadrada como estatal dependente, nos termos do art. 37, §9º da Constituição; e
- (iii) do limite orçamentário de gastos com pessoal.

No mais, a atuação das estatais submete-se ao regime de direito privado, o que certamente confere maior maleabilidade à atuação da entidade. No que toca ao regime de pessoal, são submetidos à legislação celetista (CLT), e o acesso é condicionado à prévia aprovação em concurso público, nos termos do art. 37, II da Constituição.

No que toca à atuação de empresas públicas e sociedades de economia mista, no entanto, perfila-se o entendimento segundo o qual **não é adequada** à assunção, por entidades de tal natureza, de ações e serviços públicos de saúde.

Isso porque, nos termos do Decreto-Lei n. 200/67 e do art. 173 da Constituição, acima transcritos, a atuação das empresas estatais deve ser circunscrita ao campo das *atividades econômicas em sentido estrito*, as quais, por *relevante interesse coletivo ou pressupostos de segurança*

nacional, devam ser assumidas pelo Estado e por ele diretamente prestadas, com concurso com os privados.



No que tange aos serviços de saúde, tratam-se (quando exercidos pelo Estado) de autênticos **serviços públicos**, e não de atividades econômicas em sentido estrito, pelo que sua prestação pelo Estado, direta ou indiretamente, decorre do próprio texto constitucional, artigos 23, II e 30, VII:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...] VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

A distinção entre “serviços públicos” e “atividades econômicas” é classicamente feita por Eros GRAU. Nesse passo, para o autor, “atividade econômica” é *gênero* que comporta duas *espécies*: o serviço público e a atividade econômica em sentido estrito.³⁰ Em seu entender, a separação entre atividades econômicas (em sentido estrito) e serviços públicos é produto do confronto entre o capital e o trabalho, reproduzindo uma tensão histórica entre a especulação lucrativa (atinentes às atividades econômicas) e a atuação estatal (vinculada ao serviço público). Daí, para GRAU, o serviço público ser definido como a “atividade indispensável à coesão social”, estando vinculado ao interesse social.³¹

³⁰ GRAU, Eros. **A Ordem Econômica na Constituição de 1988**. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 91 e seguintes.

³¹ GRAU, Eros. **A Ordem Econômica na Constituição de 1988**. São Paulo: Malheiros, 2009, p. 111.



Em suma, pode-se definir atividade econômica em sentido estrito como a atividade livre aos privados, propiciadora de exploração lucrativa e desempenhada em regime de direito privado; ao passo que o serviço público é atividade de titularidade estatal, vinculada à satisfação de necessidades básicas, e explorada em regime de direito público.

Em assim sendo, não parece provida de amparo constitucional a decisão de acometer a **prestação de serviços públicos de saúde** a Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista. Tais entidades, na lógica da estrutura orgânica da Administração Pública tal qual prevista pela Constituição, devem ser criadas para desempenhar atividades econômicas em sentido estrito, acatando ao princípio da subsidiariedade insculpido no art. 173 da Constituição.

Não se descuida, é bem verdade, da existência da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja criação foi autorizada pela Lei n. 12.550/2011, nos seguintes termos:

Art. 3º A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

§ 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 4º Compete à EBSERH:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;

II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;

V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social.

Ora, conforme a **Exposição de Motivos** que acompanhou o Projeto de Lei nº 1.749, de 2011, a criação da EBSEH volta-se para adequar a grave situação de pessoal existente no âmbito dos hospitais universitários, com a eliminação da terceirização irregular de trabalhadores pela via de Fundações de Apoio. ³²

³² As Fundações de Apoio são entidades de Direito Privado criadas para auxiliar o Estado no desempenho de suas missões. Classicamente utilizadas no campo da Educação (com base na Lei n. 8.958/94, alterada pela Lei 12.349/2010), são instituições criadas com a finalidade de dar apoio a projetos de pesquisa, ensino, extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico, de interesse das instituições federais de ensino superior (IFES) e também das instituições de pesquisa. As Fundações de Apoio não são criadas por lei nem mantidas pela União. No campo da Educação, o prévio credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Ciência e Tecnologia é requerido em razão da relação entre as instituições federais e as fundações de apoio ser de fomento ao desenvolvimento de projetos de ensino, pesquisa e extensão, sendo função das fundações dar suporte administrativo e finalístico aos projetos institucionais. Sua estrutura tem sido por muitos contestada por importar tentativa de fuga ao regime de direito público: a utilização das Fundações de Apoio deve ser feita, como seu próprio nome diz, para dar



Relata-se que o Tribunal de Contas da União estabeleceu, no Acórdão nº 1.520/2006 – Plenário, a data de 31/12/2010 para regularização da força de trabalho de vários órgãos públicos que empregam trabalhadores terceirizados em situação ilegal. Afirma-se que, no entanto, nem todos os órgãos públicos alcançaram o cumprimento dessa meta, inclusive os hospitais universitários das instituições federais que possuem 26.556 trabalhadores terceirizados.

Nesse contexto, o Poder Executivo, visando oferecer uma solução para a questão da força de trabalho terceirizada dos hospitais universitários, propôs que fosse autorizada a criação de empresa pública destinada a apoiar as atividades dos hospitais universitários, com o emprego de pessoal admitido por concurso público, em substituição aos terceirizados recrutados por meio das Fundações de Apoio às Universidades.

A EBSERH é, resumidamente, uma empresa pública criada com a finalidade de regularizar a contratação de agentes que atuam nos hospitais públicos. Considerando que não foi criada a já mencionada lei complementar que deve definir as áreas de atuação das fundações estatais, a União acabou adotando um modelo de entidade absolutamente incompatível com seu objeto: a prestação de serviços de saúde pelo Poder Público não consiste em exploração de atividade econômica em sentido estrito, mas de prestação de serviço público, *in casu*, um serviço público caracterizado como universal e gratuito.

apoio à entidade da Administração Pública, e não para substituí-la em suas missões; daí porque é ilegal a prática comum de, por exemplo, utilizar Fundações de Apoio para contratar pessoal que atuará na Entidade Pública apoiada.

Em assim sendo, em favor da necessária coerência a ser conferida ao tema da Organização Administrativa estatal, bem como de respeito à lógica instituída pelos artigos 173 e 175, ambos da Constituição, não parece de bom alvitre que atividades consideradas como autênticos serviços públicos (como é o caso da saúde) sejam prestadas por empresas públicas ou sociedades de economia mista, haja vista que a existência de tais entidades serve a finalidades outras: o exercício, pelo Estado, de atividades econômicas em sentido estrito, em princípio livres aos privados, mas que por imperativos de segurança nacional/relevante interesse coletivo, podem ser assumidas também pelo Estado.

Daí porque não se vislumbra coerente a criação de empresa estatal para a consecução de serviços públicos e gratuitos de saúde.

2.2. Prestação pela iniciativa privada

Ultrapassadas as hipóteses de prestação de serviços públicos de saúde pelo próprio Estado, é possível também que o Poder Público opte por realizar *parcerias* com a iniciativa privada para o desempenho de tais atividades.

Na atual conjuntura constitucional, é plenamente possível que o Poder Público opte por realizar *parcerias* com a iniciativa privada para o desempenho de serviços públicos de saúde. Isso porque, ante a realidade econômico-financeira do Estado brasileiro, o Constituinte de 1988 determinou que a saúde não poderia ser integralmente assegurada enquanto direito social simplesmente pela atribuição exclusiva de sua prestação ao ente público.

Nessa lógica, a Constituição, em seu art. 199, deixa expressamente aberta a possibilidade de iniciativa privada na Saúde:



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

Mas o Constituinte foi além e, além de permitir a *iniciativa privada* nos serviços de saúde, autorizou também a **participação privada na prestação de serviços públicos de saúde**. Trata-se do contido no **parágrafo 1º do art. 199** do texto constitucional:

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

As duas hipóteses (art. 199, *caput* e art. 199, §1º) definitivamente não se confundem. Isso porque, na cabeça do art. 199, o Constituinte previu a INICIATIVA privada na prestação de serviços de saúde, o que é realizado pelo particular de forma lucrativa e sob regime jurídico de direito privado. Exemplo clássico dessa hipótese é a abertura de hospital privado, administrado inteiramente por particulares.

Ao revés, o §1º do art. 199 traz disposição diversa. Aqui, o particular não age por iniciativa sua, mas sim em parceria com o Estado. É o Poder Público, após notar que o sistema público de saúde precisa de melhoramentos, que busca no particular a solução para a correção do problema, contratando a prestação complementar de serviços de saúde. Por ser o particular, neste caso, parceiro do ente público, ele não atuará visando exclusivamente o lucro, eis que estará submetido ao regime jurídico público decorrente dos contratos e convênios públicos. Neste caso, a remuneração do particular decorrerá dos serviços que prestar para o SUS, em caráter complementar, e terá como referência o montante contratado/conveniado.

Mediante rápida análise, portanto, é fácil notar que a participação privada no âmbito dos serviços públicos de saúde (SUS), prevista no art. 199, §1º da CF88, é hipótese expressamente autorizada pelo atual diploma constitucional brasileiro. Nessa senda, o artigo 197 da Constituição Federal é categórico ao prever:

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

Referida norma deixa assente de qualquer dúvida a possibilidade de prestação privada de serviços de saúde no âmbito no SUS, já que prevê a possibilidade de que as ações e serviços de saúde sejam executados diretamente, pelo Poder Público, ou indiretamente, através de terceiros. É, portanto, inquestionável constitucionalmente a possibilidade de prestação privada de serviços públicos de saúde.

Nesse prisma, não poderia ser diverso o entendimento emanado do Supremo Tribunal Federal, ao referir-se ao artigo 197 da Constituição Federal:

(...) Não apenas não há, no dever estatal para com a saúde, obrigação de prestação estatal direta, mas, ao contrário, a expressa previsão de sua prestação mediante colaboração de particulares, embora sujeitos à legislação, à regulamentação, à fiscalização e ao controle estatais.³³

³³ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1923-5/DF, Tribunal Pleno, Relator Originário Min. Ilmar Galvão, Relator Min. Eros Grau, *Diário de Justiça da União*, 21 set. 2007.



Noutra oportunidade, quando do julgamento do mérito da ADIN 1923 (aprofundado no tópico seguinte do presente Parecer), o STF foi categórico em admitir as parcerias na saúde. Senão, veja-se o que fez consignar em seu voto o relator original do feito, Min. Carlos Ayres Brito:

Quanto à possibilidade de destinação de recursos públicos às entidades privadas, exercentes de atividades de relevância pública, também não vacila a Constituição Federal, ainda que imponha a observância de certos requisitos. São evidências disso: a) a participação de instituições privadas no sistema único de saúde, mediante contrato de direito público ou convênio (§ 1º do art. 199 da CF);

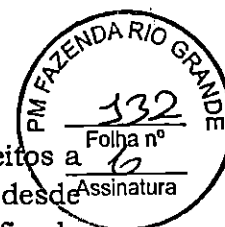
(...)

Nesse amplo contexto normativo, penso já se poder extrair uma primeira conclusão: os particulares podem desempenhar atividades que também correspondem a deveres do Estado, mas não são exclusivamente públicas. Atividades, em rigor, mistamente públicas e privadas, como efetivamente são a cultura, a saúde, a educação, a ciência e tecnologia e o meio ambiente.³⁴

O Min. Luiz FUX, igualmente, deixou consignado que a ideologia constitucional é aquela que deve prevalecer. Destarte, além da forma, deve ser considerado também – e principalmente – o conteúdo. No caso do direito fundamental à saúde, este deve ser atendido com base no ferramental que a própria Constituição prevê. Eis o que dispõe o voto lavrado pelo Ministro:

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 prevalecentes 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.

³⁴ BRASIL. Supremo Tribunal Federal, Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1923 – DF, Relator Ministro Carlos Brito.



(...)

Disso se extrai que cabe aos agentes democraticamente eleitos a definição da proporção entre a atuação direta e a indireta, desde que, por qualquer modo, o resultado constitucionalmente fixado – a prestação dos serviços sociais – seja alcançado. Daí porque não há inconstitucionalidade na opção, manifestada pela Lei das OS's, publicada em março de 1998, e posteriormente reiterada com a edição, em maio de 1999, da Lei nº 9.790/99, que trata das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, pelo foco no fomento para o atingimento de determinados deveres estatais.³⁵

Esposando igual entendimento, afirma Paulo MODESTO, referindo-se ao artigo 199 da Constituição Federal:

A declaração do direito à saúde como direito do cidadão e dever do Estado obriga a que o Estado garanta o direito à saúde e não que ofereça diretamente e de forma executiva o atendimento a todos os brasileiros. A palavra 'saúde', constante do art. 199 da Constituição, refere a um bem jurídico, a uma utilidade fruível pelo administrado, que deve ser assegurada pelo Estado, independente deste fazê-lo direta ou indiretamente, mediante emprego do aparato público ou da utilização de terceiros.³⁶

Ora, até mesmo em face da essência do direito fundamental à saúde, a aplicação de tal entendimento torna-se ainda mais evidente. Alguns tribunais pátrios já sinalizam tal compreensão, de acordo com a qual no centro da esfera hermenêutica deve constar o direito fundamental à saúde, cuja garantia não pode ficar à mercê de entraves formais despidos de utilidade. Veja-se a seguinte decisão do TJSP:

³⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal, Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 1923 – DF, Relator Ministro Carlos Brito.

³⁶ MODESTO, Paulo. Convênio entre entidades públicas executado por fundação de apoio. Serviço de saúde. Conceito de serviço público e serviço de relevância pública na Constituição de 1988. Forma da prestação de contas das entidades de cooperação após a emenda constitucional n.º 19/98. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, n.11, p.8, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 28 mar. 2007.



Sempre com a devida vênia, não mais se mostra possível a interpretação de norma constitucional que atribua ao Estado todos os deveres, impedindo-o de contar com auxílio, remunerado ou não, de entidades privadas para a consecução do bem comum. **No caso concreto, ao munícipe doente não interessa saber se o médico que o atende é servidor público ou não. O que lhe interessa é que haja médico para atendê-lo e medicamento para curar sua doença ou ao menos minorar seu sofrimento.** Por isso não vislumbro clara e manifesta violação, ao menos no âmbito restrito deste recurso de agravo, ao artigo 199 da Constituição Federal que tornaria viável a suspensão da parceira. E, em tese, se mostra possível que alguns programas de saúde, voltados para temas mais sensíveis sejam transferidos a terceiros que tenham a capacidade tecnológica e gerencial de melhor atender à população pelo custo mais barato que o Estado poderia fazer.³⁷

Todavia, não é correto concluir, de tudo quanto foi exposto acima, que a Constituição de 1988 deu ampla e irrestrita liberdade ao Administrador Público, de modo que este pudesse buscar no setor privado uma fonte de parcerias ilimitada. Ao contrário, a possibilidade de prestação privada de serviços públicos de saúde apresenta, no texto constitucional, uma importante delimitação.

E tal limitação encontra-se expressa no §1º do art. 199 do diploma constitucional, acima transcrito, quando prevê tal diploma que "As instituições privadas poderão participar **de forma complementar** do sistema único de saúde".

A menção do art. 199, §1º da CF é ratificada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990, art. 4º, §2º), que assim dispõe:

³⁷ SÃO PAULO (ESTADO). Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Agravo de Instrumento n.º 627.715-5/3-00 – SP. Relator: Des. Lineu Pinado. 07 de agosto de 2007. Disponível em: <<http://www.tj.sp.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2008 (os grifos não constam do original).

Art. 4º. []

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Trata-se do que se convencionou denominar de **princípio da complementaridade**, de acordo com o qual somente se admite a prestação privada no campo do sistema único de saúde caso tal atuação se dê de forma complementar à atuação direta do Poder Público.

Nessa perspectiva, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) contém, em seu artigo 24, importante inovação não constante do texto constitucional:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Essa norma verticaliza o §1º do art. 199, demonstrando, ao menos em linhas gerais, o que se deve entender por complementaridade da atuação privada no SUS. Assim, a Lei Orgânica da Saúde define ser participação privada complementar aquela que estiver vinculada aos casos em que houver **insuficiência na disponibilidade para a prestação de serviços por órgãos e entidades públicos**.

Ou seja: para a caracterização da complementaridade na prestação privada de serviço público de saúde, tal prestação deve se dar de forma acessória, suplementar à garantia estatal do direito à saúde, visando colmatar as deficiências ocasionadas pela insuficiência e/ou indisponibilidade de atuação estatal direta.



É interessante trazer à colação, nesse prisma, o entendimento de Floriano de Azevedo MARQUES NETO, para quem a complementaridade da participação privada na prestação de serviços de saúde deve ser compreendida com fulcro na **noção de subsidiariedade**, de modo que a iniciativa privada apenas deve prestar serviços públicos de saúde nos casos de deficiência do Estado em fazê-lo diretamente. Veja-se:

Tanto a Constituição quanto a lei estabelecem de que forma tal participação se dará. Ela se relaciona à idéia de insuficiência da rede pública de saúde, ou seja, à idéia de subsidiariedade da rede privada em relação à rede pública, servindo para suprir deficiências ou insuficiência da última. Assim é que o artigo 199, § 1.º, da Constituição estabelece expressamente que a participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde se dará "de forma complementar".³⁸

A partir do reconhecimento de que no setor de saúde a oferta induz demanda,³⁹ e de que a cobertura assistencial universal, integral e gratuita à saúde, como determina a Constituição Federal jamais será suficiente,⁴⁰ Fernando Borges MÂNICA discorre:

³⁸MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Público e privado no setor de saúde. **Revista de Direito Público da Economia**, Belo Horizonte, ano 3, n.9, p.112, jan./mar. 2003.

³⁹ Afinal, como resume Susete Barboza França: "A única maneira do paciente saber se precisa ou não ir ao médico, é indo ao médico. Ao procurá-lo, ele também não tem qualquer liberdade de escolha sobre que tipo de serviços deve ser realizados e com que frequência. É o médico quem decide, quem controla e determina todo o processo de cura, como também as atividades dos demais envolvidos, como enfermeiras e outros profissionais de saúde, que seguem suas instruções. O consumidor não pode atuar racionalmente neste mercado, já que ele não tem os conhecimentos técnicos necessários sobre a qualidade e o preço do serviço, que lhe permitiria selecionar entre as diversas alternativas. Ele aceita transferir ao médico o poder de escolha dos bens e serviços a serem consumidos. (...) Outra característica desse mercado e a associação estreita entre procura e oferta – uma parte significativa da procura pode ser induzida pela oferta. Assim, quanto maior a disponibilidade de recursos, como médicos e leitos, maior a demanda por serviços." (FRANÇA, Susete Barboza. A presença do estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, ano 49, n.3, p.86, jul./set. 1998).

⁴⁰ Isso porque: (i) o Brasil não investe o volume de recursos suficiente para sustentar um sistema público, gratuito e universal; (ii) não há delimitação de um grupo de pessoas a serem atendidas pelo sistema público; (iii) não há delimitação de um rol de serviços a serem disponibilizados no âmbito do sistema público e gratuito; e (iv) o próprio conceito de saúde adotado é amplo e aproxima-se de metas subjetivas e intangíveis como qualidade de



[...] a interpretação da Constituição deve levar em conta a realidade e deve ter como objetivo a *máxima efetivação dos direitos fundamentais*. Desse modo, considerando que a hipótese de maior eficiência na garantia do direito à saúde pode ser obtida por meio da prestação privada, não se justifica manter tal entendimento. A fixação dos limites entre a prestação estatal direta de serviços de saúde e sua prestação indireta, por meio de parcerias com a iniciativa privada, não pode ser encontrada na expressão geral, abstrata e despida de conteúdo como é a *forma complementar* da participação privada.

Insistir em tese oposta à ora defendida não apenas gera insegurança jurídica – decorrente das ações patrocinadas, sobretudo, pelo Ministério Público –, mas também conduz a uma interpretação equivocada, segundo a qual a participação privada no sistema público de saúde deve ser tratada como *transitória e improvisada*, o que a tornaria *instável e precária*. Tais características dos vínculos firmados entre a Administração Pública e os prestadores privados constituem um dos graves problemas que afrontam os serviços públicos de saúde no Brasil.

A participação privada nos serviços de saúde, como demonstra a experiência histórica e internacional é indispensável, mas tanto mais se apresenta útil quanto mais estáveis e seguros os vínculos que a disciplinam. Apenas um Direito Administrativo apto a lidar com a complexidade atual do setor de saúde possibilitará a existência de uma Administração Pública forte e um Estado eficiente na garantia dos direitos fundamentais – especificamente o direito à saúde.⁴¹

Com tal alerta, pode-se afirmar com plena certeza que a Constituição **(i)** expressamente prevê a possibilidade da participação privada na prestação de serviços públicos de saúde; **(ii)** baliza tal participação com base no critério da complementaridade da atuação privada; **(iii)** a complementaridade entra em cena quando for insuficiente/deficiente a prestação estatal direta.

De extrema pertinência as ponderações de Lenir SANTOS:

vida e felicidade. (MÂNICA, Fernando Borges. **O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010. p. 173.)

⁴¹ MÂNICA, Fernando Borges. **O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010. p. 162-163.



O próprio SUS não escapou dessa necessidade de participação do setor privado na complementaridade dos serviços públicos de saúde. A Constituição de 1988 tratou desse tema ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os próprios fossem insuficientes. E diante do baixo financiamento da saúde, impeditivo do aumento das atividades públicas, e principalmente, em razão das dificuldades da gestão pública, essa complementaridade se expandiu além daquilo que se previa inicialmente.

A complementaridade prevista na Constituição tinha o condão de não criar embaraços à Administração Pública que, na época, contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos. Impossível desconsiderar tal fato. Era o Inamps quem mantinha esses contratos e convênios com o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos. A intenção era que com a melhoria do financiamento da saúde, o público pudesse ir superando essa complementaridade e inverter esse percentual.

Contudo, de crise em crise – do financiamento às dificuldades da Administração Pública em gerir os serviços de saúde – novas formas de terceirização surgiram, como as organizações sociais, as organizações da sociedade civil de interesse público e outras modalidades, como cooperativas de serviços, fundações de apoio, parcerias público-privadas (PPPs) etc., aqui comentadas.

A realidade é que hoje seria impossível defender uma Administração Pública que pudesse executar serviços de forma direta, sem contar com a participação do setor privado. O problema é transformar o que deve ser complementar em principal, substituindo o Poder Público na gestão da saúde.⁴²

Destarte, ao permitir expressamente a prestação privada nos serviços públicos de saúde, a Constituição abre a possibilidade para a celebração de parcerias com a iniciativa privada para a execução de serviços públicos de saúde. Como visto, a única limitação disposta, tanto em nível constitucional quanto infraconstitucional, é que tal prestação privada se dê em caráter complementar. E, como também já se analisou, tal complementaridade vincula-se às hipóteses em que o Poder Público não tem condições de atender de forma suficiente a população prestando o serviço de saúde apenas de forma direta.

⁴² SANTOS, Lenir. Administração Pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão pública e relação público-privada na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 80-81.



Ou seja: a Constituição Federal, ao expressamente prever a possibilidade da participação privada complementar na prestação de serviços públicos de saúde – no âmbito do SUS, portanto –, admitiu que, nesse campo, a participação privada não implica burla à exigência constitucional do concurso público, mas sim, ao contrário, concretização de permissivo constitucional expresse. Ora, a decisão do ente público de firmar parcerias com o setor privado para a prestação de serviços públicos de saúde já constitui, em si, atitude que compete exclusivamente ao ente público, em ato que manifesta a gestão de saúde pública. Novamente, colacione-se o pensamento de Lenir SANTOS:

A cooperação deve ser o elo, o elemento principalmente nas relações público-privadas; contratos e acordos devem apontar para a supremacia dos interesses sociais, públicos e coletivos.

As finalidades coletivas devem motivar os serviços privados que estejam a serviço do Estado, mediante contrato. Devem gozar de suas autonomias, tendo justo retorno do capital investido sem, contudo, descuidar do seu fim: atendimento dos interesses sociais, coletivos, públicos.

A realidade é que o binômio Estado-sociedade, público-privado não podem mais ser vistos como coisas antagônicas; é necessário repensar esse binômio diante da realidade de que o Estado não pode prescindir do privado, da sociedade, do administrado, do cidadão como parte desse todo.⁴³

Em verdade, não se trata de *substituir* o público, e sim de adotar uma gestão mais adequada aos serviços de saúde, que continuarão sendo públicos a despeito de prestados em parceria com o setor privado.

⁴³ SANTOS, Lenir. Administração Pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, Nelson Rodrigues dos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão pública e relação público-privada na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 82.



Nesse sentido, a Norma Operacional Básica - NOB/SUS nº 01/96, em seu Item nº 4, que trata do Sistema de Saúde Municipal, dispõe expressamente que:

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do Município. Suas ações, **desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas)**, têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Cumpra pontuar que o sistema público de saúde abrange muito mais do que simplesmente a prestação de serviços de saúde em si. Senão veja-se o que dispõe o **artigo 200** da Constituição, ao trazer as ações públicas passíveis de garantir a saúde à população:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Note-se daí, então, que **dentre as ações de saúde passíveis de serem tomadas pelo Poder Público, a prestação propriamente dita de serviços de saúde é apenas uma delas.** Nesses serviços, nos termos da Constituição, admite-se tanto a prestação pública quanto a prestação privada, desde complementar.

Isso tudo implica afirmar que **a gestão de todo o sistema de saúde é que é, necessária e inafastavelmente, de competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo,** independentemente de a administração (gerência) dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde ser acometida a outro ente estatal ou a um privado.⁴⁴

Essa conclusão é confirmada mediante análise da evolução da regulamentação infralegal do SUS. Nesse sentido, a **Portaria nº 1.034/2010** do Ministério da Saúde, atualmente revogada, assim dispunha sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Art. 2º Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada

⁴⁴ Nos termos da NOB 01/96, aprovada pela Portaria GM/MS n.º 2.203/96, são atribuídos significados diversos para os termos *gerência* e *gestão*. Enquanto a gerência é conceituada como sendo *a administração de uma unidade ou órgão de saúde, (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema*, a gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Nesse sentido, o ato normativo em referência qualifica como gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. De qualquer modo, importa ter claro que, nos termos do artigo 198, inciso I, da Constituição Federal, a gestão do sistema de saúde em cada um dos níveis federativos deve ser única e, evidentemente, realizada pelo Poder Público. Tal dispositivo constitucional não determina, entretanto, que a execução dos serviços seja desempenhada pela iniciativa privada. Nessa perspectiva, é pertinente a observação de Gilles Guglielmi, para quem: "Os órgãos encarregados da gestão são sempre aqueles de uma pessoa pública, pois o serviço público é uma atividade de interesse geral, garantido ou assumido por uma pessoa pública." (GUGLIELMI, Gilles. **Introduction au droit des services publics**. Paris: EJA, 1994. p.69).



área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que:

I - comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde; e

II - haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde.

Art. 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio, celebrado entre o ente público e a instituição privada, observadas as normas de direito público e o disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas serão utilizados os seguintes instrumentos:

I - convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;

II - contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde; e

III - contrato de gestão, firmado entre ente público e entidade privada qualificada como Organização Social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de serviços assistenciais à saúde.

Art. 4º O Estado ou o Município deverá, ao recorrer às instituições privadas, dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos, observado o disposto na legislação vigente.

A Portaria em questão foi substituída pela **Portaria n. 2.567/2016**, atualmente veiculada pela Portaria de Consolidação n. 1/17, que assim dispõe:

Art. 130 Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura

assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

§ 1º Na complementação dos serviços de saúde deverão ser observados os princípios e as diretrizes do SUS e as normas técnicas e administrativas aplicáveis.

§ 2º Assegurada a preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e ainda persistindo a necessidade quantitativa dos serviços demandados, o ente público recorrerá às entidades com fins lucrativos.

§ 3º A participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante a celebração de contrato ou convênio com o ente público, observando-se os termos da Lei nº 8.666, de 1993, e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de acordo com os seguintes critérios:

I - convênio: firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde; e

II - contrato administrativo: firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.

[...]

Para a compreensão do tema, é necessário ter em conta os diversos níveis de aplicação da noção de complementaridade. Nesse sentido, Fernando Borges MÂNICA anota que a prestação de serviços públicos de saúde por particulares, a ser instrumentalizada por meio de diversas espécies de parcerias com o Poder Público, pode ter como objeto:

- (i) um serviço ou um grupo de serviços internos relacionados à atividade-fim de uma entidade ou órgão público prestador de serviços de saúde;
- (ii) a prestação de serviços por uma unidade privada dotada de infraestrutura apta ao desenvolvimento das atividades ajustadas; ou



- (iii) toda a gestão de uma unidade pública de saúde – incluindo, obviamente, atividades-fim, atividades-meio e atividades acessórias.⁴⁵

As exigências acima traçadas incidem sobre a hipótese de pactuação com entidades ou empresas que já detêm sua própria capacidade instalada, caso em que as unidades privadas são credenciadas para prestar atendimento ao SUS. Daí porque a Lei n. 8.080/90 e as Portarias acima citadas falam em na possibilidade de o Poder Público recorrer aos **“serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada”**. Ora, não é o caso do presente estudo, em que se pretende, conforme definição do Estado de Viabilidade Anexo, que a iniciativa privada assuma a gestão de uma unidade pública para a prestação de serviços públicos de saúde. Não se trata, evidentemente, da contratação de serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

De todo o modo, é recomendável que eventual decisão pela celebração de parcerias com a iniciativa privada leve em conta as diretrizes traçadas pela regulamentação do SUS acima transcrita e ressaltando aspectos da realidade que conduzam à decisão de celebrar parcerias, como a eficiência e os limites financeiros e orçamentários.

Nesse sentido, confira-se a decisão paradigmática proferida pelo STF no ano de 2015, tendo como objeto específico a área da saúde. Trata-se do **RE n. 581.488/RS**, no qual o Relator, **Min. Dias TOFFOLI**, seguido pela unanimidade do STF, decidiu:

A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo

⁴⁵ MÂNICA, Fernando Borges. **O Setor Privado nos Serviços Públicos de Saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2010. p. 169.

político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde. Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federativos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina.

Isso não implica que haja supremacia da Administração sobre o particular, que pode atuar, em parceria com o setor público, obedecendo sempre, como mencionado, os critérios da consensualidade e da aderência às regras públicas. Como se constata pelas exitosas experiências em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, dentre outros, na área da saúde, importantes requisitos das parcerias, como contratualização, flexibilidade, possibilidade de negociação, consensualismo, eficiência e colaboração são fundamentais para que os serviços possam ser prestados de forma ao menos satisfatória.

(...)

Entretanto, essa complementariedade não autoriza que se desconfigure a premissa maior na qual se assenta o serviço de saúde pública fixada pela Carta Maior: o Sistema Único de Saúde orienta-se, sempre, pela equanimidade de acesso e de tratamento; a introdução de medidas diferenciadoras, salvo em casos extremos e justificáveis, é absolutamente inadmissível.

Note-se, nessa perspectiva, que ao parceiro privado é plenamente possível *gerenciar* a prestação de serviços públicos de saúde no âmbito de *unidades de saúde de titularidade estatal* (item [iii] da classificação acima), desde que seja reservada ao Poder Público a *gestão* do sistema de saúde como um todo, que lhe incumbe por injunção constitucional. A celebração de parceria de tal natureza, em que ocorra a transferência da gestão de unidades de saúde à iniciativa privada, mas resguardando-se o Poder Público na posição de gestor e regulador do SUS em nível local, não afeta a noção de complementariedade.



A prestação de serviços públicos de saúde, dever inescusável do Estado nos termos da Constituição, é meio de concretização de um direito fundamental social dos mais caros à população brasileira. Como tal, a carência de sua prestação, ainda que parcial, pode acarretar imensos prejuízos aos cidadãos.

A atuação privada no serviço público de saúde é, portanto, condicionada à celebração de parceria com o Poder Público competente, que poderá trespassar parcela da prestação de serviços públicos assistenciais à entidade privada, contanto que cinja tal prestação de modo restrito, para que atenda ao caractere da complementaridade.

Para os fins deste estudo, dividir-se-á a prestação de serviços de saúde por privados entre aquela realizada por entidades despidas de finalidade lucrativa (componentes do assim chamado Terceiro Setor),⁴⁶ e aquelas que possuem finalidades lucrativas (sociedades empresariais).

2.2.1. Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos

Ante as dificuldades e limitações apontadas nos tópicos precedentes no que tange à atuação direta do Estado na prestação de serviços de saúde, tem sido recorrente nos Municípios o recurso às parcerias com o setor privado não lucrativo para a gestão *complementar* dos serviços públicos de saúde em âmbito municipal.

Aqui, abrem-se **quatro caminhos** teoricamente possíveis:

⁴⁶ Para Fernando Borges MÂNICA, Terceiro Setor é "o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado, de caráter voluntário e sem fins lucrativos, que (i) desenvolvam atividades de defesa e promoção dos direitos fundamentais ou (ii) prestem serviços de interesse público". (MÂNICA, Fernando Borges. Panorama Histórico-Legislativo do Terceiro Setor no Brasil. In: OLIVEIRA, Gustavo Justino de (Coord.). **Terceiro Setor, Empresas e Estado**. Belo Horizonte: Fórum, 2007, p. 175).



(i) a prestação de serviços de saúde por entes privados conveniados ao Sistema Único de Saúde;

(ii) a prestação de serviços de saúde por Organizações Sociais mediante Contrato de Gestão;

(iii) a prestação de serviços de saúde por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público mediante Termo de Parceria;

(iv) a prestação de serviços de saúde mediante instrumentos previstos na Lei Federal n. 13.019/14;

As considerações acima realizadas (item 2.2) servem de amparo à celebração de todas as modalidades de parceria em questão. As diferenças ficam por conta das especificidades de cada ajuste, conforme legislação de regência.

No que toca aos **Convênios** na saúde, destacam-se o Decreto Federal n. 6.170/2007 e a Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

Com relação aos **Contratos de Gestão**, a disciplina decorre de disposição normativa federal (Lei n. 9.637/98 e seu decreto n. 9.190/2017) e da legislação específica de cada Município – sendo que, no caso do Município de Fazenda Rio Grande, inexistente por ora legislação municipal específica de regência do tema, a qual será confeccionada no curso dos trabalhos de consultoria contratados.



Acerca dos **Termos de Parceria**, a disciplina advém do regramento contido na Lei Federal n. 9.790/99 e no seu decreto regulamentador, o Decreto n. 3.100/99.

No que atine aos **Termos de Fomento e de Colaboração**, trata-se daqueles com disciplina legal mais recente, na Lei Federal n. 13.019/14 e seu decreto de regulamentação n. 8.726/2016.

Considerando o caso concreto da presente Consulta, ou seja, o fato de se estar diante da necessidade de **gerência de unidades de saúde públicas** já existentes e pertencentes ao patrimônio público, faz com que algumas possibilidades sejam de pronto descartadas.

Em primeiro lugar, não é adequado adotar no caso a figura dos **Convênios**, visto que estes, no campo da saúde, prestam-se notadamente para habilitar um privado a prestar serviços públicos de saúde temporário e transitório, a dar-se em infraestrutura de sua própria titularidade particular. O exemplo típico é o dos convênios celebrados para habilitar leitos em hospitais particulares ao SUS.

Evidentemente, não é o caso de Fazenda Rio Grande, que pretende celebrar parceria *estável* e que envolverá a transferência da gestão e da prestação dos serviços de saúde em unidade hospitalar de *propriedade pública*.

Um caractere importante a ser ressaltado no que concerne aos Convênios, que o inviabiliza por completo à situação em comento, é a **precariedade do vínculo** entre público e privado por ele instituído, como destacado pelo Decreto 6.170/07:

Art. 12. O convênio **poderá ser denunciado a qualquer tempo**, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e auferindo as vantagens do tempo em que participaram voluntariamente do acordo, não sendo admissível cláusula obrigatória de permanência ou sancionadora dos denunciantes. (G.n.)

Esse dado atesta a inaplicabilidade dos Convênios para o acometimento da gerência de unidades hospitalares a um parceiro privado.

Em igual senso, não é adequado ao caso o regramento dos **Termos de Fomento e de Colaboração**, conforme previstos na Lei n. 13.019/14. Insta asseverar que referido diploma legal teve por finalidade primordial **substituir** a figura do **Convênio** nas relações entre a Administração pública e as entidades do terceiro setor, trazendo mais requisitos à celebração e fiscalização das parcerias então submetidas apenas ao regramento do lacunar Decreto 6.170/07.

Ocorre que a lei em referência, tendo revogado a aplicabilidade dos Convênios em matéria de parcerias com o terceiro setor, expressamente ressalvou de tal regra os Convênios celebrados no âmbito da saúde (art. 3º, IV da lei), que seguem podendo ser celebrados. Isso faz com que, no âmbito da saúde, os Termos de Fomento e de Colaboração previstos na Lei n. 13.019/14 convivam com os Convênios e sejam utilizados de maneira optativa pelos gestores, que podem seguir se utilizando da figura dos convênios para as mesmas finalidades.

Diante da similaridade dos instrumentos da Lei n. 13.019/14 com a figura dos Convênios, as considerações realizadas acima a respeito da inaplicabilidade dos convênios à hipótese em comento se aplicam também aqui. É certo que os Termos de Fomento e de Colaboração não padecem da mesma precariedade do vínculo formado pelos convênios, diante do regime



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

muito mais detalhado da Lei n. 13.019/14. No entanto, é também evidente que – até mesmo pela sua pretensão de substituir a figura dos convênios – a finalidade da lei em questão não atinge a celebração de parceria que envolva um objeto tão complexo como é a gestão de unidades públicas de saúde.

Em conclusão, não se reputa adequado transferir a gestão de um Hospital ou qualquer outra unidade pública de saúde a entidades do terceiro setor mediante Termos de Fomento e/ou Termos de Colaboração.

Em igual passo, deve-se aqui perfilar o entendimento majoritariamente adotado na jurisprudência, de acordo com o qual não é possível a gestão de unidades de saúde por intermédio da figura do **Termo de Parceria** com as entidades do terceiro setor qualificadas como OSCIPs, ante a interpretação dos seguintes dispositivos da Lei n. 9.790/99:

Art. 3º A qualificação instituída por esta Lei, observado em qualquer caso, o princípio da universalização dos serviços, no respectivo âmbito de atuação das Organizações, somente será conferida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujos objetivos sociais tenham pelo menos uma das seguintes finalidades:

[...]

IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

[...]

Parágrafo único. **Para os fins deste artigo, a dedicação às atividades nele previstas configura-se mediante a execução direta de projetos, programas, planos de ações correlatas, por meio da doação de recursos físicos, humanos e financeiros, ou ainda pela prestação de serviços intermediários de apoio** a outras organizações sem fins lucrativos e a órgãos do setor público que atuem em áreas afins.

[...]

Art. 9º Fica instituído o Termo de Parceria, assim considerado o instrumento passível de ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no art. 3º desta Lei.

Fica claro, da leitura dos dispositivos supracitados que a atuação das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público em sintonia com o poder público é formalizada pelo instrumento denominado “Termo de Parceria”, o qual institui relação entre as partes que pode implicar a atuação das OSCIPs em três frentes diversas: **(i)** na execução direta de projetos, programas e planos de ação; **(ii)** na doação de recursos (físicos, humanos e financeiros); e **(iii)** na prestação de serviços intermediários de apoio.

Nenhuma das três possibilidades autoriza a assunção da gestão de uma unidade hospitalar por parte da OSCIP parceira. Nem mesmo a execução direta de “projetos e programas”, voltada ao desenvolvimento de serviços pontuais, certamente incompatíveis com o porte que assoma a gestão de uma unidade hospitalar.

Não se está aqui a afirmar, note-se, que as OSCIPs não podem atuar em parceria com o Poder Público na área da saúde. Muito pelo contrário: perfila-se entendimento de acordo com o qual as OSCIPs podem atuar em áreas da saúde específicas de necessidade do parceiro público, tais como no Programa Saúde da Família e no programa de Agentes Comunitários de Saúde.⁴⁷ Está-se a afirmar apenas que o Termo de Parceria não se presta a habilitar uma OSCIP à gerência de uma unidade de saúde, diante das restrições previstas pela lei que instituiu esse vínculo.

⁴⁷ Sobre o tema, que escapa à presente Consulta, remete-se ao livro “Parcerias na Saúde”, de Fernando Borges Mânica e Gustavo Justino de Oliveira (Belo Horizonte, Fórum, 2009).



Sobre as Organizações Sociais e o instrumento de ajuste denominado **Contrato de Gestão**, é necessário realizar uma digressão mais aprofundada.

2.2.1.1. Organizações Sociais e Contrato de Gestão

Organizações Sociais são pessoas jurídicas de direito privado que, despidas de finalidade lucrativa, auferem a referida titulação especial após cumprirem requisitos específicos, previstos na lei da esfera federativa de sua qualificação (federal, estadual ou municipal).

Não se trata, atente-se, de um novo tipo de entidade: as Organizações Sociais são fundações ou associações como quaisquer outras pessoas jurídicas sem finalidades lucrativas; trata-se, isso sim, de uma *titulação*, uma *qualificação* especial auferida pela entidade que, por cumprir os requisitos previstos na lei do ente federativo qualificador, autoriza que ela possa celebrar parcerias com o Poder Público para atendimento de uma área de interesse público.

Nessa senda, veja-se o que expõe sobre tais entidades o Caderno n. 2 do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), órgão federal que capitaneou o processo de inclusão dessa nova modalidade de qualificação no ordenamento jurídico brasileiro:

Organizações Sociais (OS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público.

[...]

As Organizações Sociais constituem uma inovação institucional, embora não representem uma nova figura jurídica, inserindo-se

no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos.

Estarão, portanto, **fora da Administração Pública**, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade será, de fato, a sua qualificação, mediante decreto, como Organização Social, em cada caso. (G.n.)

O surgimento das Organizações Sociais se deu no bojo de um amplo processo de reforma e redimensionamento do aparato estatal. No que toca especificamente às Organizações Sociais, a ideia foi a de tornar mais enxuto o aparelhamento do Estado, repassando às entidades do Terceiro Setor que auferissem a qualificação de Organização Social a *gestão* de atividades de interesse público.

Trazidas originalmente pela Medida Provisória 1.591/97, as Organizações Sociais foram formalizadas, na **esfera federal**, pela **Lei n. 9.637/98**, que tratou dos requisitos para sua qualificação e delineou os contornos do ajuste que deveria ser formalizado entre Organização Social e Poder Público para a consecução dos objetivos e metas avençados: o Contrato de Gestão.

Assim, pode-se dizer que os fundamentos para o surgimento das Organizações Sociais referem-se (i) à necessidade de aproveitamento da capacidade gerencial privada, e (ii) à necessidade de introdução de um marco legal que garantisse segurança jurídica a esse novo modelo de ajuste. Daí o surgimento do Contrato de Gestão como uma espécie de parceria disciplinada em lei específica, que define critérios próprios para celebração, execução e controle das atividades públicas gerenciadas por entidades privadas, com foco na maximização dos resultados.

Conforme determinação da lei em referência, o **Contrato de Gestão** é *'o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como*



*organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para **fomento e execução** de atividades relativas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde'.*

É pelo Contrato de Gestão, portanto, que se celebra a parceria com a entidade qualificada como Organização Social, operando-se a transferência, ao parceiro privado, da execução de atividades de interesse público definidas na Lei. Como seu próprio nome indica, o *Contrato de Gestão* importa a *contratação* da entidade qualificada como Organização Social, para que esta opere a *gestão* de determinado serviço, para tanto podendo ser a ela transferidos bens públicos e cedidos servidores públicos, nos termos da legislação (federal e também municipal).

Dessa breve apresentação, uma importante ilação já se pode sacar: a de que o **Contrato de Gestão**, conforme previsto na Lei Federal n. 9.637/98 e na legislação municipal de Pinhais, é **instrumento absolutamente inovador**, criado por lei para disciplinar um vínculo peculiar entre a Administração Pública e a entidade qualificada como Organização Social.

O Contrato de Gestão, portanto, deve ser encarado como um novo modelo de ajuste, previsto por legislação própria e detentor de características específicas, que o assemelham tanto aos convênios (soma de esforços para alcance de um objetivo social comum) quanto aos contratos (prestação de serviços mediante pagamento).

Atentando-se a essas peculiaridades, pode-se concluir que o Contrato de Gestão com Organizações Sociais afigura-se como **viável** às finalidades da Consulente, que intenta viabilizar a gerência de unidades de

saúde municipais.

Em primeiro lugar porque, como já analisado acima, existe a possibilidade – ditada pela própria Constituição – de prestação privada de serviços públicos de saúde, dando-se preferência à atuação não lucrativa, hipótese em que o particular presta serviços não no âmbito da iniciativa privada, e sim no âmbito do Sistema Único de Saúde, de forma complementar à atuação direta do ente público.

Em segundo lugar, deve-se notar que o Contrato de Gestão, instrumento de ajuste celebrado entre o setor público e a entidade qualificada como Organização Social para prestação de serviços públicos de saúde, é modelo plenamente legal para operar a finalidade pretendida, qual seja, a gestão de unidade pública de saúde, senão vejamos os seguintes dispositivos da Lei federal n. 9.637/1998:

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei.

[...]

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º.

[...]

Art. 12. As organizações sociais poderão ser destinados recursos orçamentários e bens públicos necessários ao cumprimento do contrato de gestão.



A constitucionalidade dos contratos de gestão com Organizações Sociais foi reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal no ano de 2015, quando foi julgado o mérito da ADI n. 1.923, a qual questionava a integralidade do modelo trazido pela Lei n. 9.637/98.⁴⁸

No voto vencedor, publicado em 17/12/2015, o **Min. Luiz FUX** deixou consignada a constitucionalidade das parcerias com o terceiro setor nas áreas sociais, como a saúde e a educação. Na robusta fundamentação do voto, encontram-se excertos que sintetizam o pensamento consagrado pelo Supremo Tribunal Federal:

(...) cabe aos agentes democraticamente eleitos a definição da proporção entre a atuação direta e a indireta, desde que, por qualquer modo, o resultado constitucionalmente fixado – a prestação dos serviços sociais – seja alcançado. Dai porque não há inconstitucionalidade na opção, manifestada pela Lei das OS's, publicada em março de 1998, e posteriormente reiterada com a edição, em maio de 1999, da Lei nº 9.790/99, que trata das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, pelo foco no fomento para o atingimento de determinados deveres estatais.

(...)

Com efeito, a intervenção do Estado no domínio econômico e social pode ocorrer de forma direta ou indireta, como ensina Floriano Azevedo Marques Neto: enquanto na primeira hipótese cabe ao aparelho estatal a disponibilização de utilidades materiais aos beneficiários, na segunda hipótese o Estado faz uso de seu instrumental jurídico para estimular a que os próprios particulares executem atividades de interesses públicos, seja através da regulação, com coercitividade, seja através do fomento, fazendo uso de incentivos e estímulos a comportamentos voluntários.

(...)

Em outros termos, a Constituição não exige que o Poder Público atue, nesses campos, exclusivamente de forma direta. Pelo contrário, o texto constitucional é expresso em afirmar que será válida a atuação indireta, através do fomento, como o faz com

⁴⁸ BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.923/DF. Tribunal Pleno, Relator para o acórdão Min. Luiz Fux. Diário de Justiça da União, 17 dez. 2015.

setores particularmente sensíveis como saúde (CF, art. 199, §2º, interpretado a contrario sensu – “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”) e educação (...), mas que se estende por identidade de razões a todos os serviços sociais.

Ou seja: o Supremo Tribunal Federal, ao julgar constitucional a Lei n. 9.637/98 e conseqüentemente o modelo de gestão da saúde pela via de Contratos de Gestão, teceu comentários a respeito da **opção política de cada governante de, se assim desejar, contar com o apoio de entidades sem fins lucrativos para gerir unidades públicas de saúde em parceria com o Estado**, sem que isso importe desresponsabilização do Estado na execução de suas tarefas. Trata-se, isso sim, de garantir que o direito constitucional e sagrado à saúde tenha a máxima garantia possível.

A decisão do STF alberga de forma plena a gestão de unidades de saúde públicas – a exemplo da UPA Carapina – por intermédio de Contrato de Gestão com Organização Social, à medida que celebrar parcerias para prestação de serviços públicos não desvirtua a complementaridade da atuação privada, nem o crucial papel do Estado de garante dos serviços públicos de saúde.

Ante o exposto, **após a decisão do STF supracitada, prolatada no ano de 2015, não há mais como atacar a viabilidade das parcerias celebradas com entidades do Terceiro Setor na área da saúde, em especial o Contrato de Gestão com as Organizações Sociais.**

No mesmo passo, o **Tribunal de Contas de União**, por meio do **Acórdão n. 2.057/2016**, prolatado no processo TC n. 023.410/2016-7, endossou a corrente acerca da admissibilidade do Contrato de Gestão para a gerência de unidades públicas de saúde, sumarizado nos seguintes termos:



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL. COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS. REQUER INFORMAÇÕES A RESPEITO DA POSSIBILIDADE DE CELEBRAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS POR ENTES PÚBLICOS NA ÁREA DE SAÚDE E DA FORMA DE CONTABILIZAÇÃO DOS PAGAMENTOS A TÍTULO DE FOMENTO NOS LIMITES DE GASTOS DE PESSOAL PREVISTOS NA LEI COMPLEMENTAR 101/2000 (LRF). RATIFICAÇÃO PELO STF DA CONSTITUCIONALIDADE DA LEI 9.637/1998, QUE TRATA, ENTRE OUTROS ASSUNTOS, DESSAS CELEBRAÇÕES. JULGADOS QUE INDICAM A VALIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS EM PARCERIA COM O PODER PÚBLICO. ENVIO DOS AUTOS À SEMAG PARA PRONUNCIAMENTO SOBRE A FORMA DE CONTABILIZAÇÃO DOS PAGAMENTOS. SOLICITAÇÃO PARCIALMENTE ATENDIDA.

1. O Supremo Tribunal Federal, por meio da ADI 1.923, ratificou a constitucionalidade da contratação pelo Poder Público, por meio de contrato de gestão, de organizações sociais para a prestação de serviços públicos de saúde.
2. A jurisprudência consolidada do Tribunal de Contas da União (e.g. Acórdãos 3.239/2013 e 352/2016, ambos do Plenário) é no sentido de reconhecer a possibilidade de realização de contratos de gestão com organizações sociais.
3. É necessária cautela para não se criar confusão entre o instrumento do contrato de gestão e o seu eventual mau uso. É certo que a aplicação prática do modelo tem revelado distorções que devem merecer a atenção redobrada dos órgãos de controle.
4. A utilização de contratos de gestão com organizações sociais para a prestação de serviços públicos de saúde é opção discricionária do governante, cuja valoração cresce em importância em momentos de retração econômica e queda na arrecadação.⁴⁹

Da fundamentação do Acórdão em referência extrai-se:

Nos últimos anos, diversos estados e municípios transferiram o gerenciamento de hospitais, unidades básicas de saúde e centros de diagnósticos – incluindo a cessão de edifícios, mobiliário, equipamento e servidores públicos – a organizações sociais mediante a celebração de contratos de gestão. [...]

O que se constatou na auditoria foi a necessidade de mudança na forma de atuação da administração pública, que deixa o papel de

⁴⁹ BRASIL. **Tribunal de Contas da União**. Acórdão n. 2.057/16. Plenário. Rel. Min. Bruno Dantas. 10 out.16.

principal executora para se concentrar nas funções de planejamento, desenho da política, regulação, controle e avaliação. Caso os estados e municípios transfiram o gerenciamento das unidades públicas de saúde para entidades privadas sem estarem devidamente preparados para supervisionar a execução dos contratos de gestão, há graves riscos de que a população não só veja uma piora na qualidade dos serviços, como também recursos públicos sejam desviados e desperdiçados. [...]

Em adição, o Tribunal se manifestou pela necessidade de que a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais ocorra por meio de processo objetivo, com critérios de concessão ou recusa do título demonstrados nos autos do processo administrativo e que sua escolha, sempre que possível, se dê por meio de chamamento público. Ressalta-se, ainda, entendimento do TCU no sentido de que os Conselhos de Saúde devem participar das decisões relativas à terceirização dos serviços de saúde e da fiscalização da prestação de contas das organizações sociais, ratificando a importância do controle social. A par disso, os contratos de gestão devem prever metas e indicadores de qualidade e produtividade, com atributos necessários para garantir a efetividade da avaliação dos resultados alcançados, sendo que a avaliação dos resultados atingidos no contrato de gestão deve ser feita por comissão formada por especialistas da área correspondente. [...]

Com as constatações da auditoria, concluiu-se pela necessidade de utilização de instrumentos mais flexíveis para a contratação de profissionais de saúde, adequados às diferentes necessidades dos serviços. No entanto, essa maior flexibilidade deve ser acompanhada da devida regulamentação que defina parâmetros a serem seguidos pelos entes governamentais na formalização, execução e controle dos ajustes firmados, regulamentação esta que compete ao Ministério da Saúde.

Atentando-se a essas peculiaridades, pode-se concluir que o **Contrato de Gestão se afigura como instrumento de parceria plenamente lícito para viabilizar a gerência de unidades de saúde municipais, sejam elas Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento ou outras.**

O mais importante é que, em conformidade com a exigência Constitucional, a prestação de serviços de saúde pela Organização Social ao Município ocorra, efetivamente, de forma complementar.



Como visto acima, a noção – tanto legal quanto doutrinária – de complementaridade na prestação de serviços públicos de saúde vincula-se a dois aspectos principais: (i) insuficiência de recursos estatais (logo, insuficiência da prestação material de serviços de saúde pelo Poder Público, diretamente); (ii) eficiência da prestação privada em relação àquela feita pelo Poder Público.

Nessa medida, deve-se tomar o cuidado de, mediante o Contrato de Gestão, não descaracterizar a complementaridade do serviço a ser prestado pelo parceiro privado, o que pode ser realizado desde que conste no instrumento de ajuste e no plano de trabalho **específica previsão** de qual a atividade de saúde que está sendo atribuída a encargo do ente privado, como a gerência de uma unidade de saúde.

O Contrato de Gestão a ser firmado com a OS deve conter objeto específico, bem delimitado, atribuindo à esfera de administração da OS o gerenciamento da prestação de serviços de saúde pontuais oferecidos pelo Município, prestada estritamente no âmbito da Unidade de Saúde cuja gerência será transferida.

O Contrato de Gestão firmado nesses termos, consistirá em instrumento plenamente lícito – admitida pela Constituição, pela Lei federal n. 9.637/98 e pela legislação municipal apontada – de repasse da gerência de unidades públicas de saúde para Organização Social despida de finalidade lucrativa, que a administrará visando a maior eficiência possível.

Nessa perspectiva, aduziu Fernando Borges MÂNICA:

No âmbito da saúde, o contrato de gestão instrumentaliza a atribuição da gestão de serviços de assistência à saúde prestada

em estruturas estatais a uma entidade qualificada como Organização Social.

Diferentemente das demais modalidades de parceria com o terceiro setor, em que o Poder Público ajusta a prestação de determinados atendimentos ao SUS em unidades de saúde de propriedade privada, nos contratos de gestão a Organização Social gerencia serviços públicos de saúde prestados no âmbito de unidades estatais de saúde. Assim, ordinariamente, no contrato de gestão, as entidades privadas não se utilizam de sua própria capacidade instalada, mas de uma estrutura estatal. Daí seu uso ser bastante comum nos casos em que o Poder Público não tem condições de gerenciar uma unidade de saúde própria.

Diante disso, o objeto da avença é executado mediante o uso de bens públicos e, possivelmente, de servidores públicos, os quais podem ser cedidos pelo Poder Público à Organização Social parceira. Daí o contrato de gestão ser entendido como uma técnica de gestão pública por intermédio da qual o Poder Público se vale da capacidade gerencial de entidades privadas sem fins lucrativos para alcançar melhores resultados na produção de serviços públicos sociais, como a assistência à saúde. Deve-se notar que a lei federal prevê que os bens públicos envolvidos na execução da avença (tanto aqueles cedidos quanto aqueles adquiridos com recursos públicos) não perdem a qualificação de 'públicos' durante o prazo contratual, sendo revertidos ao Poder Público ao término do contrato de gestão. Do mesmo modo, a cessão de servidores públicos é temporária, sem extinção de seu vínculo com o ente estatal.

Atentando-se a essas peculiaridades, pode-se concluir que o contrato de gestão com Organizações Sociais afigura-se como viável para a gerência de determinadas estruturas de saúde municipais voltadas ao atendimento da população, tais como unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, hospitais e serviços de atendimento móvel de urgência. ⁵⁰

Assim, nos casos em que o Contrato de Gestão tiver por objeto a gerência (ainda que global – envolvendo os serviços assistenciais e não assistenciais) de uma unidade pública de saúde delimitada, a

⁵⁰ MÂNICA, Fernando Borges. Prestação de serviços de assistência à saúde pelos Municípios. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 108-109.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

subsidiaridade dos serviços prestados pela OS será evidente. Isso porque nesses casos o Município, para além de resguardar-se na posição de **Gestor** da Saúde Pública em nível Municipal (eis que delegou apenas a **gerência** de estabelecimentos de saúde à OS), ainda estará arcando com a ampla maioria parte das ações pública de saúde em âmbito municipal – Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, programas federais de Combate a Endemias e de Agentes Comunitários de Saúde, etc.

No caso de Fazenda Rio Grande, por exemplo, o Município possui inúmeros servidores concursados vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, que desempenham e continuarão desempenhando normalmente suas atividades em Unidades de Saúde e demais localidades gerenciadas diretamente pelo Município.

O Contrato de Gestão firmado entre as partes, como seu próprio nome já indica, consiste, em última análise, em modalidade – admitida pela Constituição e pela Lei federal n. 9.637/98 – de repasse de GESTÃO de unidade hospitalar pública para Organização Social despida de finalidade lucrativa, de modo que esta ADMINISTRA as unidades de saúde municipais visando à maior eficiência possível.

Demonstra-se, destarte, a plausibilidade de gestão de unidades de saúde mediante contrato de gestão com Organizações Sociais, alternativa essa que possui como principais vantagens:

- (i) ganho de eficiência na administração da unidade hospitalar, ante a independência da entidade parceira e da sua expertise;
- (ii) ganho de eficiência na prestação de serviços de saúde, ante a flexibilidade da gestão pela Organização Social, submetida a regime de direito privado (parcialmente derogados pelas disposições legais



específicas, é bem verdade, mas que não desnaturam a natureza privada da entidade e do regime jurídico a que está submetida);

(iii) os gastos com pessoal contratado pela Organização Social não são computados para fins da Lei de Responsabilidade Fiscal, desonerando assim o orçamento do ente público.⁵¹

São esses em linhas gerais os contornos da modalidade de parceria ora enfrentada.

2.2.2 Entidades Privadas com finalidade lucrativa

Finalmente, há que se abordar a possibilidade de prestação de serviços públicos de saúde por pessoa privada imbuída de finalidade lucrativa.

Têm-se aqui três hipóteses distintas:

(i) Contrato Administrativo “comum”, de pagamento por prestação de serviços (“contratos de desembolso”), regidos pela Lei Federal n. 8.666/93;

(ii) Contratos de Concessão Comum de Serviço Público, regidos pela Lei Federal n. 8.987/95;

⁵¹ O TCE-SE, no processo 1858/2011, considerou a possibilidade de consideração dos gastos com OSCIP como gastos com pessoal nos casos em que a entidade seja utilizada com a finalidade de meramente interpor mão-de-obra ao município. Todavia, tal entendimento não pode se aplicar ao caso, porque (i) não trata de OS, e sim de OSCIP; (ii) a OS *in casu* não é mera intermediadora de mão-de-obra, e sim autêntica gestora de unidades de saúde municipais.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

(iii) Parcerias Público-Privadas, regidas pela Lei Federal n. 11.079/2004;

Assim como realizado no tópico anterior, algumas alternativas podem ser de pronto afastadas tendo em vista as finalidades pretendidas no Município de Fazenda Rio Grande (gestão de unidades de saúde municipais).

A uma, descabido na hipótese falar-se em **Contrato Administrativo comum**, previsto na Lei n. 8.666/93: a outorga pelo Município da gestão de unidades hospitalares a uma pessoa privada configura autêntica *delegação de serviço público*, ante o imanente caráter da atividade sob comento (serviços de saúde que, a toda evidência, são enquadráveis como *serviços públicos*).

A utilização de Contratos Administrativos de prestação de serviços seria adequada, por exemplo, para se proceder à contratação de entidades privadas prestar serviços específicos como exames diagnósticos. No entanto, a gerência de unidades hospitalares públicas é atividade muito mais complexa, que exige a efetivação de um autêntico contrato de concessão de serviços públicos, sob pena de desvirtuamento da posição do Poder Público e da crucial atividade objeto da outorga em comento.

Contudo – e aqui entra em jogo a segunda modalidade acima relatada –, a **Concessão Comum de Serviços Públicos**, prevista pela Lei n. 8.987/95, também não se mostra adequada a atender às finalidades do caso em testilha. Isso porque, em se tratando de serviços públicos de saúde, a interpretação doutrinária dominante acerca das disposições do ordenamento jurídico pátrio sustenta a existência de um princípio da

gratuidade das prestações, de modo que não podem ser cobradas quaisquer tarifas dos usuários pela utilização dos serviços em questão.

A Lei Federal n. 8.987/95 é clara ao prever, como pressuposto das Concessões por ela retratadas, a possibilidade de cobrança de *tarifas* dos usuários do serviço objeto da outorga, senão vejamos os seguintes dispositivos:

Art. 6º Toda concessão ou permissão pressupõe a prestação de serviço adequado ao pleno atendimento dos usuários, conforme estabelecido nesta Lei, nas normas pertinentes e no respectivo contrato.

§ 1º Serviço adequado é o que satisfaz as condições de regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia na sua prestação e modicidade das tarifas.

[...]

Art. 9º A tarifa do serviço público concedido será fixada pelo preço da proposta vencedora da licitação e preservada pelas regras de revisão previstas nesta Lei, no edital e no contrato.

[...]

Art. 13. As tarifas poderão ser diferenciadas em função das características técnicas e dos custos específicos provenientes do atendimento aos distintos segmentos de usuários.

Destarte, como os serviços públicos de saúde são, por definição, gratuitos ao usuário, sendo impossível a cobrança de quaisquer tarifas por sua utilização, descabe falar-se nessa modalidade concessória para sua outorga ao setor privado.

Então, aqui, o mecanismo das novas concessões de serviço público, revigorado por conta do surgimento da lei n. 11.079/2004, que instituiu a sistemática das **Parcerias Público-Privadas**, assim definidas pela lei:



Art. 2ª Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

§ 1º Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

§ 2º Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.

§ 3º Não constitui parceria público-privada a concessão comum, assim entendida a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando não envolver contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

§ 4º É vedada a celebração de contrato de parceria público-privada:

I – cujo valor do contrato seja inferior a R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais);

II – cujo período de prestação do serviço seja inferior a 5 (cinco) anos; ou

III – que tenha como objeto único o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.

A Parceria Público Privada - PPP é uma associação entre os setores público e privado, em que as partes trabalham em conjunto para benefício mútuo, segundo regras previamente estabelecidas. É uma modalidade de concessão de serviços públicos, em que há obrigatoriedade de aporte de recursos do parceiro público ao parceiro privado, já que o retorno financeiro dos investimentos e gastos operacionais por este último não seria suficiente apenas com receitas próprias.

Podem ser também consideradas como um novo mecanismo de financiamento ao setor público, já que caberá ao parceiro privado arcar com os custos de implantação e operação do serviço público concedido, estando os aportes de verbas públicas condicionados ao efetivo início da prestação do serviço.

Tal modalidade, instituída em 2004 pela legislação de regência, tem sido recentemente utilizada pelo Poder Público para gerenciamento de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, o que exige, no entanto, submissão às limitações legais contidas no supracitado diploma.

Ao que se sustenta, pode ser **adequada** no caso a adoção de **Parceria Público-Privada**, prevista pela Lei n. 11.079/2004, desde que respeitados os balizamentos previstos pela lei (artigo 2º da lei n. 11.079/2004, supracitado).

Ainda que impossível a utilização, no caso, da modalidade de Concessão Patrocinada, visto que não há tarifa cobrada do usuário do serviço público, é plenamente viável a utilização da modalidade de **Concessão Administrativa**, ou seja, o “contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta”, e que, por isso mesmo, não depende da cobrança de tarifa dos usuários do serviço, hipótese que se ajusta perfeitamente ao caso dos serviços públicos de saúde.

Deve-se notar, nessa perspectiva, que as PPP's são vocacionadas para viabilizar a realização de *investimento em infraestrutura* conjuntamente à prestação dos serviços atrelados a essa infraestrutura. Tanto é assim que todos os exemplos de PPP's existentes no Brasil conjugam a realização de obra pública (construção de Hospitais, Presídios, Estádios



de Futebol, etc.) com a subsequente prestação do serviço público ou serviço administrativo.

É exatamente por isso que se afirma serem as PPPs mecanismos de financiamento privado de infraestruturas públicas, à medida que a empresa vencedora do certame irá, com recursos próprios ou financiamentos contraídos no setor financeiro, construir a infraestrutura (*in casu*, a unidade de saúde), equipá-la e mobiliá-la, e posteriormente irá efetuar sua gestão por prazo largo (5 a 35 anos) de modo a amortizar o investimento realizado.

A primeira PPP em saúde no Brasil foi, justamente, a do **Hospital do Subúrbio**, em Salvador-BA. Nesse *case* de sucesso, o prédio foi construído previamente com recursos públicos, mas equipado com recursos oriundos da PPP, sendo posteriormente gerido pelo parceiro privado. A iniciativa já foi alvo de inúmeros prêmios: pelo IFC/Banco Mundial e *Infrastructure Journal*, que o classificou entre os 10 melhores projetos de Parceria Público-Privada (PPP) da América Latina e Caribe; pela KPMG, classificado entre os 10 melhores projetos de investimento em saúde no mundo; e pela *World Finance*, como um dos melhores projetos de PPP na América Latina.

3 - MODELO DE GESTÃO MAIS VIÁVEL AO CASO CONCRETO

Nos termos de todo o exposto acima conclui-se que, com o objetivo de viabilizar o gerenciamento de unidades públicas de saúde, o Poder Público possui à sua disposição 5 (cinco) modelagens juridicamente válidas:

- (i) Administração Direta (Secretaria de Saúde);
- (ii) Autarquia;



- (iii) Fundação Pública de direito privado;
- (iv) Contratos de Gestão com Organizações Sociais;
- (v) Parcerias Público-Privada com consórcio de empresas.

Todavia, trazendo a análise para o **contexto** do Município de Fazenda Rio Grande, tal como demonstrado no Estudo de Viabilidade que acompanha o presente Parecer, vislumbra-se apenas **UMA solução** juridicamente viável para implementação do Projeto de Gestão proposto para o Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida: a gestão por intermédio de **Contrato de Gestão com entidade do terceiro setor qualificada como Organização Social**. Explique-se.

Em primeiro lugar, deve-se eliminar desde já a viabilidade da utilização da figura das Parcerias Público-Privadas (PPPs) ao caso em comento. Isso porque, dada a realidade do Município e os contornos do Projeto de Gestão proposto no Estudo de Viabilidade:

- (i) a estrutura física do HMNSA já está construída, e serão necessárias reformas de pequena monta e baixo custo se comparado com o valor total dos serviços;
- (ii) há possibilidade de que parte das reformas sejam realizadas pelo próprio Município previamente à outorga da gestão da unidade;
- (iii) os equipamentos médicos a serem adquiridos, a despeito de serem de custo considerável, não atingirão montante suficiente a justificar uma PPP, em razão do porte do Hospital proposto no Projeto de Gestão;



(iv) também aqui, há possibilidade de que os equipamentos sejam adquiridos pelo próprio Município previamente à outorga da gestão da unidade.

Assim, considerando que não haverá necessidade de consideráveis investimentos em infraestrutura na unidade de saúde já existente, inviabiliza-se a utilização da figura da PPP para o caso em comento, em razão do disposto nos itens precedentes – em especial a exigência de investimento em infraestrutura.

De outro lado, também se afiguram inaplicáveis ao caso concreto as modalidades de gestão por intermédio de pessoas integrantes da Administração Pública – aí inclusas as modalidades de gestão pela Administração Direta, por Autarquia ou por Fundação Pública de direito privado.

Isso porque, consoante anotado acima, **em todas as modalidades de gestão de serviços de saúde por intermédio de pessoas integrantes da Administração Pública (incluídas as Autarquias, Fundações e Empresas Estatais dependentes⁵²), os gastos com pessoal devem ser computados para fins de incidência do regime da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101/2000).**

Senão, veja-se a disposição do art. 1º, §3º, I, “b” da lei em questão:

Art. 1º Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição.

⁵² São consideradas empresas estatais “dependentes” todas aquelas que dependerem, em alguma medida, de custeio do Tesouro da Administração Direta para sua sobrevivência. Ou seja: trata-se de dependência de caráter financeiro. Considerando que, para atuação no SUS, as empresas estatais não teriam receita própria (haja vista a gratuidade dos serviços públicos de saúde), é certo que se enquadrariam como empresas dependentes e, assim, estariam submetidas ao regramento da LC 101.

[...]

§ 3º Nas referências:

I - à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, estão compreendidos:

a) o Poder Executivo, o Poder Legislativo, neste abrangidos os Tribunais de Contas, o Poder Judiciário e o Ministério Público;

b) as respectivas administrações diretas, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes;

É inegável, portanto, que qualquer modalidade de atuação estatal direta na área da saúde implicará necessidade de cômputo das despesas com pessoal para fins do teto instituído na LC 101/00. Daí que, para além da folha da Administração Direta, os gastos com pessoal das autarquias, fundações públicas e empresas estatais atuantes na área da saúde também deverão ser computados para fins de incidência do art. 19 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os Tribunais de Contas Brasil aforam confirmam de maneira uníssona tal tendência, a ponto de, por exemplo, o TCE/TO ter editado a Resolução n. 819/2009, assentando:

O percentual máximo permitido para gastos com pessoal previsto no artigo 20, III, "b" da LRF, engloba os gastos com pessoal das autarquias e fundações públicas de âmbito municipal, de acordo com o art. 169, § 1º da Constituição Federal c/c Lei Complementar nº 101/2000, art. 18, 19 e 20.

Ocorre que o Município de Fazenda Rio Grande, desde o final do exercício de 2014, **tem estado acima do limite de gastos com pessoal** previsto no art. 19, III da Lei Complementar n. 101/2000:



Art. 19. Para os fins do disposto no caput do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados:

- I - União: 50% (cinquenta por cento);
- II - Estados: 60% (sessenta por cento);
- III - Municípios: 60% (sessenta por cento).**

Consoante dados orçamentários do Município analisados pelo d. TCE-PR, o Município chegou a possuir **63%** (sessenta e três por cento) de suas receitas correntes líquidas comprometidas com pagamento de pessoal no ano de **2016**. Ao final do exercício de **2017**, tal percentual foi levemente reduzido para **57,03%**:

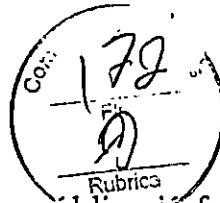
Data Base	Receita Corrente Líquida	Despesa Total com Pessoal	% Despendido	Situação
30/04/2016	166.080.561,16	99.367.431,72	59,83%	Extrapolação
31/08/2016	167.326.785,27	105.149.244,92	62,84%	Extrapolação
31/12/2016	174.064.300,71	109.656.795,29	63,00%	Extrapolação
30/04/2017	184.886.793,23	111.191.280,32	60,14%	Extrapolação
31/08/2017	194.305.220,20	111.697.295,21	57,49%	Extrapolação
31/12/2017	199.201.247,65	113.604.654,49	57,03%	Extrapolação

Fonte: TCE/PR

Atualizando referidos valores para o momento atual, partiu-se de dados enviados pelo setor de contabilidade do Município,⁵³ os quais dão conta que, em **janeiro de 2019**, o percentual do índice de gasto com pessoal em Fazenda Rio Grande é de **56,23%**.⁵⁴ O resultado segue acima, portanto, do limite permitido na lei – embora numa curva decrescente, é bem verdade, graças ao êxito do Município nas ações de contenção.

⁵³ Anexo 06 – Cálculo de gasto com pessoal em janeiro de 2019.

⁵⁴ Referido percentual tende a ser elevado levemente em caso de análise pelo TCE/PR, haja vista que o setor de contabilidade do Município não computou algumas vantagens remuneratórias percebidas pelos servidores para realização dos cálculos, e o TCE/PR certamente o fará, conforme ordena o art. 18 da LRF.



Tanto é assim que o ente público já foi formalmente alertado pelo Tribunal de Contas Estadual por diversas vezes, e sofre intensa fiscalização da Corte de Contas para regularizar o quanto antes sua situação fiscal.⁵⁵

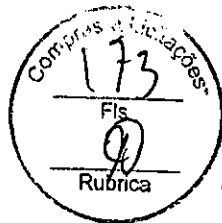
Chegou-se ao ponto de ter o Município contra si uma Ação Civil Pública pleiteando a imediata diminuição do índice de folha, com corte de 20% nos cargos comissionados e exoneração de servidores não estáveis.

Conforme informações prestadas pelo Município, a situação decorre de uma série de fatores, sendo o mais relevante o paradoxo entre o **crescimento exponencial da população de Fazenda Rio Grande**, que aumentou mais de **400%** (quatrocentos por cento) apenas considerando os últimos 28 anos, segundo dados do Município, e a crise financeira que assola todos os entes federativos brasileiros.

Assim, o incremento da receita do Município não tem conseguido acompanhar a velocidade do aumento populacional e a consequente demanda por serviços como educação e saúde. De todo o modo, a situação tem sido contornada, com planejamento e organização, de modo que ainda em 2019 há expectativa de que o índice chegue à casa dos 54% (cinquenta e quatro por cento), tal qual exige a LRF.

De todo modo, dada a situação atual (56,23% do índice em 01/2019), o Município de Fazenda Rio Grande está juridicamente **impedido**, na forma do art. 22 da LC 101/2000, de criar e prover cargos públicos ou realizar qualquer ato de admissão de pessoal⁵⁶:

⁵⁵ Vide, exemplificativamente, alertas expedidos por força dos Acórdãos do TCE/PR n.º. 3104/16 - Segunda Câmara, 137/17 - Segunda Câmara, 1207/17 - Segunda Câmara e 3382/17 - Segunda Câmara.



Art. 22. A verificação do cumprimento dos limites estabelecidos nos arts. 19 e 20 será realizada ao final de cada quadrimestre.

Parágrafo único. Se a despesa total com pessoal exceder a 95% (noventa e cinco por cento) do limite, são vedados ao Poder ou órgão referido no art. 20 que houver incorrido no excesso:

I - concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no inciso X do art. 37 da Constituição;

II - criação de cargo, emprego ou função;

III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa;

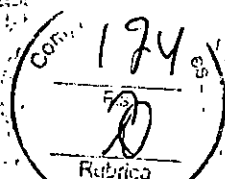
IV - provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança;

V - contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no inciso II do § 6º do art. 57 da Constituição e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias.

Ocorre que, paralelamente a isso, a população cresce, as demandas sociais são crescentes e o Município não pode ignorá-las, sob pena de desatenção à população e retrocesso social.

Conforme o **Projeto de Gestão** apresentado, para a reabertura do HMNSA será necessária a contratação de diversos profissionais para a prestação dos serviços assistenciais e não assistenciais relacionados ao funcionamento de um Hospital.

⁵⁶ Tanto é assim que, recentemente, por meio do Acórdão nº 1810/18 - Tribunal Pleno, o TCE-PR determinou a anulação de Projeto de Lei Complementar do Município que objetivava a criação de cargos em comissão em âmbito municipal.

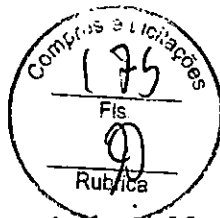


Para facilitar o cotejo, levando em conta apenas os profissionais médicos, o quadro de profissionais necessários à implantação dos serviços no HMNSA e seu completo funcionamento seria composto de:

Especialidade	Número de profissionais
Anestesistas	01 médico por plantão + 01 médico em sobreaviso → mínimo de 05 médicos na equipe
Obstetras	02 médicos por plantão + 01 médico diarista (06h/diárias) → mínimo de 10 médicos na equipe
Pediatras	02 médicos por plantão + 01 médico em sobreaviso → mínimo de 09 médicos na equipe
Infectologista	01 médico diarista (04h/diárias)
Cirurgião Geral	01 médico por plantão → mínimo de 04 médicos na equipe
Neonatalogista com RT	01 médico por plantão → mínimo de 04 médicos na equipe

De outro lado, o atual quadro do Município representa:

Especialidade	Número de profissionais
Anestesista	3
Médico Auditor	1
Clínico Geral	21
Médico da Família	19
Ginecologista e Obstetra	7
Ortopedista	2
Pediatra	4



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

Nesse plano, é impossível ao Município implantar os serviços na unidade com seu atual quadro de servidores, os quais se encontram em pleno exercício de suas funções em outras unidades e projetos de saúde municipais. Se o cotejo realizado, que se ateve por simplificação apenas aos profissionais médicos, for expandido para considerar todos os demais cargos necessários para operação do HMNSA, a conclusão é ainda mais reforçada.

Isso porque, de um lado, diversas funções exigidas no hospital não correspondem àquelas relacionadas aos cargos atualmente existentes no Município – e é impossível ao Município criar novos cargos, pelo exposto acima. De outro lado, porque no caso das funções que correspondem a cargos existentes, o remanejamento dos profissionais do Município ao Hospital promoveria esvaziamento da UPA ou das Unidades Básicas de Saúde municipais, circunstância evidentemente indesejável, sob pena, inclusive, de retrocesso social em atendimentos já existentes.

Considerando que a Unidade de Pronto Atendimento e as Unidades Básicas de Saúde municipais tem funcionado até o momento de maneira adequada, seria temerária qualquer ação tendente a esvaziá-las de seus profissionais, o que ocasionaria desequilíbrio na atenção básica e promoveria um prejudicial deslocamento do atendimento das unidades básicas (foco principal da atuação municipal no SUS) para o Hospital.

A implantação do HMNSA, portanto, jamais poderá ser feita diretamente pela Administração Pública, seja pela via da Secretaria Municipal de Saúde ou mediante constituição de Autarquia ou Fundação Pública. Em todas essas hipóteses, a contratação de pessoal necessária à execução dos serviços será computada para fins de incidência da Lei de Responsabilidade Fiscal, e, considerando que o Município hoje está acima



do limite de 95% do percentual descrito no art. 19 da Lei, tais contratações são impossíveis do ponto de vista jurídico, impedindo assim a reabertura do Hospital.

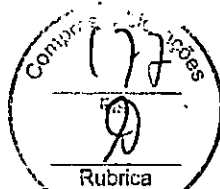
Daí que, considerados os contornos concretos do Município, demonstra-se como **única alternativa viável ao caso que a implantação e gestão do HMNSA se dê mediante Contrato de Gestão com Organização Social**. Com tal modelo de gestão, o Município de Fazenda Rio Grande manterá incólumes os serviços já prestados à população e poderá ampliar sua rede de serviços, por meio da abertura do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida – HMNSA.

Como dito acima, o Contrato de Gestão é modalidade contratual juridicamente apta a formar vínculo de cooperação para gerência de unidades públicas de saúde, sem a exigência de investimento em infraestrutura por parte da Organização Social.

A alternativa possui como principais vantagens, além de ganhos em eficiência, a desnecessidade de comprometimento do índice de gastos com pessoal, já que a parceria com OSs não implica a contratação de servidores públicos e tampouco a intermediação de mão-de-obra.

Acerca da **não incidência** da Lei de Responsabilidade Fiscal em matéria de Contratos de Gestão com OSs, mister consignar o entendimento do **Tribunal de Contas da União, no Acórdão 2444/2016 – Plenário:**

SOLICITAÇÃO DO CONGRESSO NACIONAL. COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DO SENADO. INFORMAÇÕES A RESPEITO DA POSSIBILIDADE DE CELEBRAÇÃO DE CONTRATOS DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS POR ENTES PÚBLICOS NA ÁREA DE SAÚDE E DA FORMA DE CONTABILIZAÇÃO DOS PAGAMENTOS A TÍTULO DE FOMENTO NOS LIMITES DE GASTOS DE PESSOAL PREVISTOS NA LEI COMPLEMENTAR 101/2000 (LRF). ATENDIMENTO PARCIAL POR MEIO DO



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

ACÓRDÃO 2057/2016 - TCU - PLENÁRIO. AUSÊNCIA DE DELIBERAÇÕES DO TCU QUE RECONHEÇAM COMO OBRIGATÓRIA A INCLUSÃO DE DESPESAS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO AOS LIMITES COM GASTOS DE PESSOAL. ENTENDIMENTO DO STF (ADI 1.923) CONFIRMANDO NÃO CONSISTIREM OS CONTRATOS DE GESTÃO CELEBRADOS COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS EM TERCEIRIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA. LEGISLAÇÃO QUE INCLUI NÓS GASTOS COM PESSOAL APENAS DESPESAS COM CONTRATOS DE TERCEIRIZAÇÃO DE MÃO DE OBRA QUE SE REFIRAM A SUBSTITUIÇÃO DE SERVIDORES E EMPREGADOS PÚBLICOS E A CONTRATAÇÃO DE PESSOAL POR TEMPO DETERMINADO. CONCLUSÃO DE QUE AS DESPESAS COM CONTRATOS DE GESTÃO NÃO DEVEM SER COMPUTADAS PARA FINALIDADE DO ART. 19 DA LRF. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RISCOS DA UTILIZAÇÃO ABUSIVA DO INSTRUMENTO, DISCRICIONARIEDADE DO CONGRESSO NACIONAL PARA LEGISLAR SOBRE A MATÉRIA. SOLICITAÇÃO ATENDIDA TOTALMENTE.

[...]

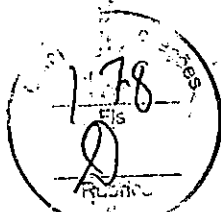
VISTOS, relatados e discutidos estes autos de Solicitação do Congresso Nacional encaminhada pelo Presidente do Senado Federal, em razão do Requerimento 26/2016 da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS), no qual é solicitado que este Tribunal se manifeste acerca da possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais por entes públicos na área de saúde, especialmente, sobre a forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei Complementar 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, em:

9.1. informar à Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, em referência ao segundo questionamento do Requerimento 26/2016, objeto do Ofício 1.016 (SF) de 3/8/2016, que:

9.1.1. não há, no âmbito da jurisprudência do Tribunal de Contas da União, deliberações que reconheçam como obrigatória a inclusão de despesas pagas a organizações sociais que celebram contrato de gestão financiado com fontes federais para fins de verificação do atendimento aos limites com gastos de pessoal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal;

9.1.2. os fundamentos adotados pelo Supremo Tribunal Federal na ADI 1.923 confirmam que os contratos de gestão celebrados com organizações sociais não consistem em contratação de



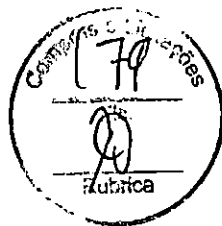
terceirizados. Embora, na prática, o TCU tenha observado, em várias situações, a contratação de organizações sociais apenas para servirem de intermediárias de mão de obra, tal fato não é motivo legítimo para que o instrumento seja tratado como se terceirização o fosse. Se bem utilizado, o contrato de gestão celebrado com organizações sociais pode e deve trazer benefícios;

9.1.3. o art. 18, § 1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000) e o art. 105 da Lei de Diretrizes Orçamentárias 2016 (Lei 13.242/2015) exigem apenas a contabilização dos gastos com contratos de terceirização de mão de obra que se referem a substituição de servidores e empregados públicos e a contratação de pessoal por tempo determinado; assim, nem todo gasto com terceirização de mão de obra o legislador elegeu para fazer parte do cálculo do limite de despesa com pessoal;

9.1.4. conforme decidido pelo Plenário do TCU no Acórdão 2.057/2016 - TCU - Plenário, é de todo recomendável, especialmente em cenários de retração econômica e de insuficiência de recursos, que o gestor público analise todas as opções postas à disposição pela Constituição e pela legislação vigente, de forma a buscar modelos que vão ao encontro do princípio constitucional da eficiência, sempre tendo como objetivo o interesse público e o atendimento dos direitos dos cidadãos. Embora seja necessário fundamentar a opção pela adoção do modelo de parcerias com organizações sociais, é preciso ter presente que a autonomia do gestor e o livre exercício da opção política do governo democraticamente eleito, nos limites da lei, devem ser levados em consideração no exame pelo órgão de controle, sendo certo que a experiência de outras unidades federativas, bem como estudos e trabalhos que abordem o tema e promovam comparação entre os diversos modelos podem e devem servir de fundamento à decisão do Estado; [...]

A partir de tal entendimento, o próprio TCU divulgou em seu sítio eletrônico notícia que não deixa dúvidas acerca da orientação sufragada pelo órgão⁵⁷:

⁵⁷ Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/contratacao-de-terceiro-setor-nao-esta-nos-limites-de-gastos-com-pessoal.htm> Acesso em: 20 fev. 2019.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

< Contratação de terceiro setor não...



25/10/2016

Contratação de terceiro setor não está nos limites de gastos com pessoal | Portal TCU

27/09/16 12:05

Contratação de terceiro setor não está nos limites de gastos com pessoal

O TCU esclareceu dois pontos: a possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais por entes públicos na área de saúde; e se a despesa com pagamento de salários nesses contratos deve constar nos limites de gastos com pessoal previstos na LRF.

Deve-se ressaltar que há entendimentos contrários em casos diversos. Em um deles, o TCE-SE, no processo 1858/2011, considerou a necessidade de, num caso concreto, os gastos com Termo de Parceria celebrado com uma OSCIP fossem computados como gastos com pessoal. Isso porque, na hipótese em questão, a entidade estaria sendo utilizada com a finalidade de meramente interpor mão-de-obra ao município.

Todavia, tal entendimento não pode se aplicar ao caso presente, porque nos Contratos de Gestão com Organizações Sociais celebrados tal qual prevê a legislação, consoante bem compreendido pelo TCU, a OS não funciona como mera intermediadora de mão-de-obra, e sim como autêntica gestora de toda uma unidade de saúde municipal.

Daí que, bem utilizada a modelagem do Contrato de Gestão, a atividade prestada pela Organização Social **não será** a da mera intermediação ou terceirização de mão-de-obra, havendo efetiva hipótese de terceirização de serviços, à medida que se estará outorgando à entidade a gerência de toda uma infraestrutura pública de saúde, envolvendo a prestação de serviços assistenciais (à saúde) e de serviços intermediários de apoio necessários ao funcionamento do nosocômio (lavanderia, alimentação, portaria, segurança, gestão de insumos e de resíduos, manutenção predial, informática, etc.).

180
Rúbrica

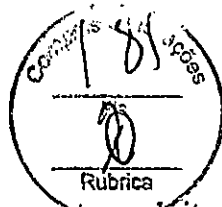
Sob outro prisma, também do ponto de vista econômico a parceria com a iniciativa privada proporciona mais eficiência para a prestação dos serviços em questão. A menor constrição incidente sobre as contratações (de pessoal e de bens e serviços) por parte da iniciativa privada, bem como os ganhos propiciados pela autonomia privada (regulada via Contrato de Gestão e submetida aos devidos controles) e pela economia em escala, tornam mais eficiente a alocação dos recursos por parte dos particulares em cotejo com o Poder Público.

Demonstrada (em tópico precedente) a constitucionalidade da celebração de parcerias com o Terceiro Setor para gerência de unidades públicas de saúde, e analisadas as circunstâncias do caso concreto – verticalizadas no Estudo de Viabilidade apresentado em conjunto ao presente Parecer –, não restam dúvidas de que a melhor alternativa de implantação do HMNSA no Município é mediante celebração de Contrato de Gestão com Organização Social.

Tais vantagens dependem, contudo, de uma série de providências as serem tomadas pela Administração Pública Municipal com vistas a garantir a transparência, lisura e eficiência na regulamentação da parceria, na escolha da entidade, no monitoramento e avaliação dos serviços prestados e na análise de contas da entidade parceira.

4 – PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA A CELEBRAÇÃO DA PARCERIA

Conforme apresentado acima, o ordenamento jurídico brasileiro oferece ao gestor responsável e interessado em atender a saúde da população de forma escoreta diversos modelos de gestão dos serviços.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

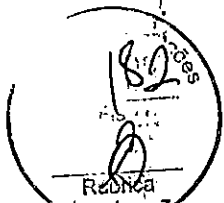
Dentre elas, *“cabe aos agentes eleitos a definição de qual modelo de intervenção, direta ou indireta, será mais eficaz no atingimento das metas coletivas conclamadas pela sociedade brasileira”*, conforme consignou o Ministro Luiz FUX no julgamento da já mencionada ADI 1.923.

Não obstante, diversas providências devem ser adotadas durante todo o processo de estruturação da parceria, as quais podem ser identificadas a partir de uma leitura atenta e sistemática do ordenamento jurídico pátrio, do entendimento dos órgãos de controle e da experiência acumulada nas parcerias celebradas no Brasil.

Algumas balizas foram definidas pelo próprio Supremo Tribunal Federal, no julgamento da supracitada ADI 1.923. Na ocasião, a Corte Constitucional determinou que, para que a utilização do modelo de gestão via Organização Social seja ajustado à Constituição, as seguintes exigências devem ser respeitadas:

(i) o procedimento de qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais deve ser conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e de acordo com parâmetros fixados objetivamente na legislação pertinente (no caso do Município de Fazenda Rio Grande, inexiste ainda legislação municipal, cuja elaboração é um dos objetos dos trabalhos de consultoria contratados conjuntamente ao presente Parecer);

(ii) a celebração do Contrato de Gestão deve derivar de procedimento público de seleção, conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF;

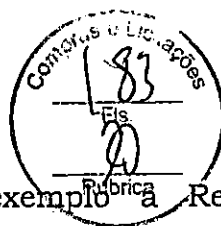


(iii) as contratações de bens, serviços e pessoal a serem realizadas por parte pela Organização Social, com utilização dos recursos públicos repassados, devem ser conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da CF, e nos termos de regulamento próprio a ser editado por cada entidade;

(iv) além da necessidade de intensa fiscalização por parte do ente público contratante, a aplicação de verbas públicas deve ser controlada pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas.

Nota-se, assim, que a ampla maioria das recomendações do STF no julgamento da ADI em referência reporta-se à necessidade de que a qualificação e seleção das Organizações Sociais para celebração de Contrato de Gestão ocorra de maneira pública e impessoal, bem como que a contratação de terceiros por parte das OSs respeite os princípios basilares do regime jurídico administrativo, de modo a garantir isonomia e eficiência na alocação de recursos públicos.

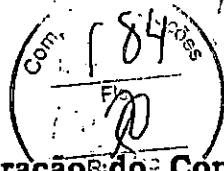
Nessa mesma toada, diversos órgãos de controle Brasil afora já tiveram a oportunidade de se debruçar sobre a questão das parcerias com OS na área da saúde, formando seu entendimento a partir de decisões de casos concretos e também por meio de recomendações. Trata-se de legítima e elogiável preocupação com a regularidade da celebração das parcerias e com a garantia de que tenham resultados eficientes. Tais diretrizes orientam os gestores públicos sobre os procedimentos a serem adotados desde a qualificação das organizações sociais, como na elaboração, acompanhamento e fiscalização dos contratos de gestão.



Tome-se como exemplo a Recomendação nº. 030/2016, do Ministério Público do Estado do Espírito Santo,⁵⁸ a qual contém inúmeros balizamentos que o d. órgão controlador daquele ente federativo entende essenciais para a lícita celebração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais. A Recomendação é dividida em **cinco grupos** de exigências:

- (i) Qualificação de entidades como Organizações Sociais:** aqui, o MP/ES apresenta condições que entende essenciais para que haja a regular qualificação de entidades do terceiro setor como OSs, contemplando inclusive exigências que, de acordo com o d. órgão de controle, devem ser contempladas pela legislação local.
- (ii) Planejamento da contratação:** neste grupo de exigências, o MP/ES reforça a necessidade de que a celebração de Contratos de Gestão seja precedida do devido planejamento, mediante estudos, avaliações de impacto, estimativas de custo, demonstração de vantagem e economicidade da gestão por OS, respeito às normas de responsabilidade fiscal e legislação orçamentária, etc. Os estudos de viabilidade técnica e econômica devem ser detalhados e precisam demonstrar quais as vantagens de economicidade ou produtividade na adoção do modelo de gestão por Organização Social, com apresentação de documentação que demonstre e comprove a opção realizada, tais como: a) avaliação precisa dos custos do serviço e dos ganhos de eficiência esperado; b) planilha detalhada com a estimativa de custos a serem incorridos no contrato de gestão. No mesmo grupo, há exigências relacionadas à forma de instauração e condução do processo de seleção da OS que celebrará o Contrato de Gestão, em respeito aos princípios da publicidade e impessoalidade.

⁵⁸ Anexo 01 - Recomendação nº. 030/2016 MP/ES.



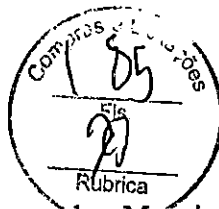
(iii) Elaboração do Contrato de Gestão: o órgão de controle apresenta inúmeras recomendações relacionadas ao conteúdo do Contrato de Gestão a ser celebrado, tais como obrigações a serem atribuídas à OS, cláusulas essenciais do instrumento, regras para movimentação e aplicação dos recursos públicos repassados, definição dos indicadores e metas de desempenho e regras para contratação de pessoal pela OS.

(iv) Execução e fiscalização dos resultados do Contrato de Gestão: neste grupo, a Recomendação trata das obrigações do Poder Público quanto à fiscalização da parceria e das prestações de contas efetuadas pela Organização Social parceira, abrangendo a constituição de comissão de fiscalização;

(v) Transparência da gestão: por fim, a Recomendação aborda requisitos a serem respeitados para garantir a transparência da contratação, recomendando a publicidade de diversos documentos e informações, com fundamento na Lei de Acesso à Informação (Lei n. 12.527/2011).

Outro exemplo de atuação do controle externo sobre a celebração de parcerias na saúde pode ser encontrado no recente caso do Contrato de Gestão firmado pelo Município de Curitiba para gestão da UPA do CIC. Durante o processo de estruturação da parceria, o Ministério Público Estadual ajuizou duas Ações Cíveis Públicas,⁵⁹ nas quais levou ao Poder Judiciário importantes questionamentos acerca do processo de

⁵⁹ Autos n. 0005198.92.2017.8.16.0004 e n. 0002010-57.2018.8.16.0004.



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

parceirização conduzido pelo Município. Dentre eles, alegou o órgão ministerial:

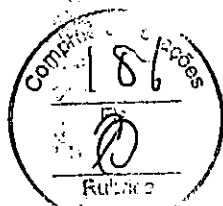
- (i) a ocorrência de suposto desrespeito à noção de complementaridade da atuação particular no SUS;
- (ii) a existência de falhas no estudo elaborado para demonstrar viabilidade técnica e econômica da Organização Social, pois a análise teria sido amparada em premissas e metodologias de cálculos inadequados para afirmar que os custos do gerenciamento de UPAs por OS seriam inferiores ao da fundação estatal.⁶⁰

Após o Município prestar esclarecimentos e promover alguns ajustes em seu processo de seleção, o Poder Judiciário prolatou decisão em referidos feitos.⁶¹ Na ocasião, alguns dos questionamentos do ente ministerial não foram acolhidos, sob a fundamentação de que:

- (i) não se pode dar interpretação restritiva do texto constitucional no que tange à forma de prestação dos serviços de saúde pelo Estado, pretendendo que a execução dos serviços seja realizada diretamente por órgãos ou pessoas jurídicas estatais;
- (ii) a prova de ausência de disponibilidade pelo Município atuar no SUS, exigida pelo MP, não pode ser entendida como a necessidade de o Poder Público demonstrar estar falido para autorizar a complementação;

⁶⁰ Anexo 02 – Petição inicial MP caso UPA CIC.

⁶¹ Anexo 03 – Decisões judiciais caso UPA CIC.



(iii) a interpretação a ser dada à complementariedade presente na legislação infraconstitucional, consentânea à diretriz do STF, é de que, para se admitir a prestação dos serviços de saúde por entes particulares, é dispensável a comprovação de incapacidade de o Poder Público fazê-lo; bastando a demonstração de que a parceria com pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos contribuirá para o aprimoramento dos serviços de saúde, diante da agilidade e flexibilidade que norteiam o regime jurídico privado;

(iv) em relação à viabilidade econômica da gestão por Organização Social, o estudo técnico demonstrou ser plausível o modelo de gestão pelas Organizações Sociais; ademais, o administrador municipal possui motivos coerentes e justificáveis para tal escolha, sendo que a notoriedade da crise econômica brasileira é um argumento condizente do município para a busca de alternativas aos modelos atuais, visando uma gestão mais dinâmica.

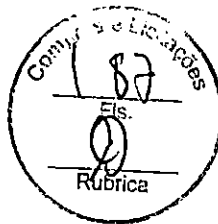
Outro balizamento recente a ser levado em conta refere-se a procedimento conduzido no âmbito do Tribunal de Contas do Estado do Paraná acerca da celebração de Contrato de Gestão pelo Município de Piraquara.⁶² Em decisão preliminar, Corte de Contas assim determinou que o ente federativo prestasse informações sobre:

a) os serviços de saúde público e privado atualmente em funcionamento no momento no Município, e as atividades por eles desenvolvidas;

b) o rol de serviços de saúde credenciados perante o Ministério da Saúde para prestação de serviços ao SUS no âmbito municipal;

c) o nível de gestão municipal e os recursos orçamentários (municipais, estaduais e federais) destinados à saúde municipal no exercício de 2017, com a indicação do o montante destes

⁶² Processo nº 779529/17 (Anexo 04 – Acórdão TCE/PR caso Piraquara 1).



ADVCOM
CONSULTORES
ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR

recursos destinado ao pagamento de servidores públicos alocados especificamente na área da saúde municipal;

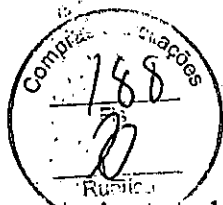
d) o quadro de servidores públicos de saúde e a alocação desses servidores;

e) a listagem dos concursos públicos realizados nos últimos cinco anos para contratações de servidores na área da saúde, e a listagem das respectivas e efetivas contratações de profissionais na área da saúde dele decorrentes, contendo inclusive a indicação dos servidores contratados mas eventualmente já desligados dos quadros municipais.”

Adiante, noutro feito instaurado logo a seguir,⁶³ a Corte de Contas Estadual apontou indícios de irregularidades no edital confeccionado pelo Município, demandando sua correção para evitar instauração de nova Tomada de Contas, o que obrigou o ente público a suspender seu Edital de Chamamento Público para realizar adequações. Eram elas:

- (i) ausência de estudo prévio para embasar o contrato de gestão;
- (ii) falta de detalhamento da planilha de custos e de ampla pesquisa de preços;
- (iii) deficiência na previsão de custos com pessoal, resultando em falha na definição desses custos;
- (iv) previsão de percentual fixo a título de taxa administrativa;
- (v) ausência de critério para estabelecer o percentual de depreciação do estabelecimento;
- (vi) modelo deficiente de prestação de contas; e
- (vii) falta de devido disciplinamento das atividades de fiscalização do contrato.

⁶³ APA nº 7688 (Anexo 05 – Acórdão TCE/PR caso Piraquara 2).

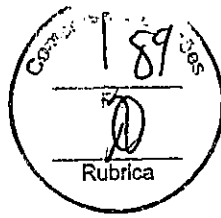


Iniciativas provenientes dos órgãos de controle são louváveis, pois representam elogiável tentativa de minimização dos riscos provenientes da celebração de parcerias. Todavia, algumas delas devem ser levadas em conta *cum grano salis* pelo gestor, dado que (i) algumas orientações são elaboradas de maneira genérica e, portanto, sem levar em conta eventuais circunstâncias específicas de cada caso concreto e de cada legislação municipal; (ii) há algumas exigências de caráter restritivo que destoam daquelas formuladas na legislação – e que, portanto, acabam anulando a margem legal para decisão discricionária do gestor público.

É certo que, quanto maior o número de recomendações dos órgãos de controle atendidas, maiores as chances de que se tenha uma parceria lidima e menor o risco de questionamentos, agindo-se preventivamente de modo a evitar riscos antecipáveis. Ademais, é sempre desejável manter sempre uma boa relação técnica com os órgãos de controle, responsáveis pela fundamental função de fiscalização externa das parcerias celebradas pela Administração Pública.

Assim sendo, eventual descumprimento de exigências ou recomendações exaradas em outros casos recomenda motivação prévia e expressa, com os motivos de fato e de direito que conduziram a tal conclusão. Tal motivação consiste hoje em dever legal, imposto pela Lei 13.655/18, sendo que sua existência oferece maior possibilidade de acerto da decisão e maior segurança ao Gestor, já que os órgãos de controle terão condições de avaliar com as devidas informações o processo que conduziu a tomada da decisão pela celebração da parceria.

Para além de todo o disposto acima, há ainda alguns outros cuidados a serem adotados pelo gestor na celebração de parcerias na saúde, os quais derivam da **experiência prática das parcerias com Organizações Sociais no Brasil**.



Buscando unir todas as ordens de providências a serem adotadas pelo gestor para a celebração de parcerias com Organizações Sociais na saúde, pode-se sumarizar da seguinte forma:

(i) elaboração de legislação municipal acerca das Organizações Sociais, contendo requisitos e exigências consolidadas após o julgamento da ADI 1.923;

(ii) realização de procedimento público, objetivo e motivado de qualificação de entidades como Organizações Sociais;

(iii) motivação sólida da celebração da parceria fundada em estudos que demonstrem suas vantagens e sua viabilidade:

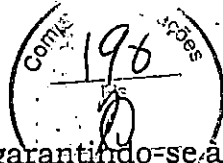
iii.a) técnica, com descrição pormenorizada e demonstração da necessidade e adequação dos serviços em questão e da finalidade da parceria;

iii.b) econômica, mediante adequado dimensionamento dos custos necessários à execução do projeto e cotejo analítico entre a gestão direta e a gestão por OS;

iii.c) jurídica, notadamente mediante análise do respeito à noção de complementaridade.

(iv) levantamento dos cargos públicos existentes na área da saúde, com análise da viabilidade da cessão de servidores públicos à Organização Social ou extinção de cargos que conflitem com aqueles a serem desempenhadas na unidade;

(v) análise de impacto orçamentário da parceria, com previsão realista e concreta das despesas na legislação orçamentária



pertinente, garantindo-se à entidade gestora os repasses contratuais em estrito cumprimento ao cronograma de desembolso da parceria;

(vi) oitiva da sociedade e do Conselho Municipal de Saúde;

(vii) elaboração e ampla divulgação de Edital de seleção claro e objetivo, com regras que garantam a impessoalidade da escolha e privilegiem a seleção da proposta mais vantajosa à Administração;

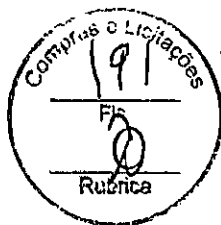
(viii) correção e a completude das informações disponibilizadas no Edital de seleção para viabilizar a competição, com descrição pormenorizada dos serviços a serem prestados, das metas de desempenho (quantitativas e qualitativas) a serem alcançadas, das obrigações das partes, etc.;

(ix) vinculação dos repasses contratuais ao atingimento das metas de desempenho;

(x) escolha de servidores tecnicamente capacitados para a composição da Comissão de Seleção e da Comissão de Monitoramento e Avaliação da parceria;

(xi) definição de estratégias de monitoramento e capacitação dos servidores públicos responsáveis, inclusive com a eventual contratação de consultoria técnica para auxiliar os trabalhos de fiscalização.

Atentando-se a esses cuidados, por certo a celebração de Contrato de Gestão com Organização Social irá contribuir de maneira eficiente para a reestruturação e implantação do tão esperado Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida, em Fazenda Rio Grande-PR.



5 - CONCLUSÃO

Em vista de todo o exposto, conclui-se:

5.1. São várias as hipóteses de gestão de serviços de saúde previstas pelo ordenamento jurídico brasileiro, no entanto, nem todas são adequadas à situação vivenciada no Município de Fazenda Rio Grande.

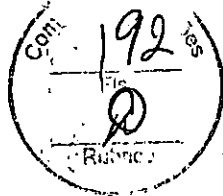
5.2 O Município de Fazenda Rio Grande detém uma rede de assistência à saúde composta por diversas unidades, todas gerenciadas diretamente pela Administração Pública Municipal.

5.3 Há no Município de Fazenda Rio Grande uma estrutura física capaz de abrigar uma unidade hospitalar, de modo a satisfazer uma demanda da sociedade pela existência de uma maternidade no Município (já que atualmente as mães são obrigadas a ver seus filhos nascerem em outros Municípios) e a concretizar o dever do Município em cuidar da saúde da população.

5.4. Diante do caso concreto e dos dados colhidos e apresentados no Estudo de Viabilidade que acompanha o presente Parecer, conclui-se que a única alternativa juridicamente viável para implantação e gerência do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida é a celebração de Contrato de Gestão com Organização Social, a qual deve respeitar cada uma das providências acima traçadas, a fim de que se garanta a lisura e efetividade do processo de reabertura do nosocômio.

Curitiba-PR, 22/02/2019.

ADVCOM CONSULTORES LTDA.



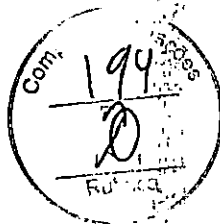
ANEXOS:

- Anexo 01 - Recomendação.nº. 030/2016 MP/ES.
- Anexo 02 - Petição inicial MP caso UPA CIC.
- Anexo 03 - Decisões judiciais caso UPA CIC.
- Anexo 04 - Acórdão TCE/PR caso Piraquara 1.
- Anexo 05 - Acórdão TCE/PR caso Piraquara 2.
- Anexo 06 - Cálculo de gasto com pessoal em janeiro de 2019.



Anexo 01

Recomendação n . 030/2016
MP/ES.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

RECOMENDAÇÃO Nº. 030/2016

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, por seus representantes legais infra-assinados, em pleno exercício de suas atribuições, com a cooperação técnica do Ministério Público de Contas do Estado do Espírito Santo, no exercício de suas atribuições legais, em especial do disposto no art. 129, incisos II e III, da Constituição Federal, combinado com o art. 6º, inciso XX, da Lei Complementar Federal nº 75/93; no art. 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93, e

CONSIDERANDO que, de acordo com o art. 127, caput, da Constituição Federal, o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis;

CONSIDERANDO, ainda de acordo com a Carta Magna, que é função institucional do Ministério Público promover a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (art. 129, III);

CONSIDERANDO que a saúde é um direito social previsto no art. 6º da Constituição Federal;

CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 196, caput, da Constituição Federal: "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"; o qual, também determina a prestação dos serviços do Sistema Único de Saúde diretamente pelo Poder Público;

CONSIDERANDO que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 199, § 1º, e a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/90), em seus artigos 4º c/c art. 24, estabelecem a participação de entidades privadas na prestação de serviços de saúde, evidenciando que, *a priori*, é uma obrigação do Estado, cabendo à iniciativa privada tão somente a complementaridade, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;

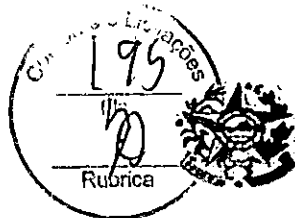
CONSIDERANDO que, segundo prescreve o art. 37, caput, da Constituição da República, "A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (...)";

mu

[Signature]

[Signature]

[Signature]



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CONSIDERANDO que excepcionalmente o gestor de saúde pode transferir para organizações sociais sem finalidade lucrativa o gerenciamento de unidades de saúde;

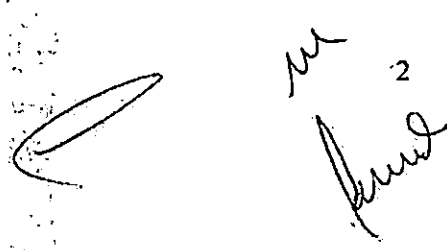
CONSIDERANDO que para contratação de Organizações Sociais não basta a alegação de ineficiência do Estado, conforme decidido pelo Supremo Tribunal Federal na Reclamação nº 15733/RJ;

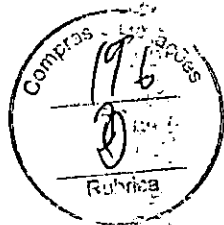
CONSIDERANDO que "não são as dificuldades como a 'deficiência de pessoal' ou 'os elevados custos e prazos de aquisição de materiais e insumos' que podem justificar a contratação de entidades privadas para solver os problemas que são próprios da má gestão estatal do serviço que lhe é imposto como dever constitucional. A atuação da iniciativa privada no setor de saúde junto ao Estado, somente poderá se dar de forma complementar e somente quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área", conforme dispõe a Lei 8.080/90. A menção a dificuldades diversas, que são insitas ao serviço público, não pode servir como justificativa suficientemente válida para eximir o Estado de seu dever constitucional de prestar" (TJ/RJ, 9ª Câmara Cível, mandado de segurança coletivo, processo nº 0050584-76.2012.8.19.0000);

CONSIDERANDO que para contratação de Organizações Sociais é imprescindível ficar comprovada a COMPLEMENTARIEDADE da atuação do setor privado e a finalidade não lucrativa, conforme delineado pelo Supremo Tribunal Federal na RCL nº 15733/RJ: *"O raciocínio jurídico adotado foi no sentido de que, não obstante a possibilidade de adoção do modelo de organizações sociais, na espécie, a motivação do Edital de Seleção não logrou demonstrar a existência de fatos que autorizem a contratação de entidade privada, sob qualquer forma, porque ausentes os pressupostos legais e constitucionais. Desse modo, a transferência da gestão de unidades de tratamento crítico, como a unidade intensiva e semi-intensiva, de hospitais estaduais para a iniciativa privada, deve ocorrer apenas de forma complementar e sem fins lucrativos, conforme dispõe a Lei 8.080/90, condições que não ficaram demonstradas na motivação do Edital questionado"*.

CONSIDERANDO que a complementariedade que a Constituição e as Leis Federais 8.080/90 e 9.637/98 autorizam a assistência da iniciativa privada não pode ser tal que retire, de direito e de fato, a gerência do Estado no dever constitucional de prestar serviço de saúde de qualidade (TJ/RJ, 9ª Câmara Cível, mandado de segurança coletivo, processo nº 0050584-76.2012.8.19.0000);

CONSIDERANDO que o Supremo Tribunal Federal no julgamento da RCL nº 15.733/RJ ressaltou que "a saúde, como dever constitucionalmente imposto ao

 2



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Estado e direito de todos, tal como prescrito no art. 193 da Constituição Federal, traduz atividade típica e essencial do Estado, de modo a competir a este a prestação de forma eficiente e com qualidade. Nada obstante este dever, a Constituição e as Leis Federais 8.080/90 e 9.637/98 autorizam a assistência da iniciativa privada na prestação do serviço de saúde, desde que em caráter complementar e sem retirar, de direito e de fato, a gerência do Estado no dever constitucional de prestar serviço de saúde de qualidade;

CONSIDERANDO que a qualificação e seleção das organizações sociais para formalização de contrato de gestão não podem ter falhas que comprometam a lisura dos procedimentos, dando margem a favorecimentos e a possibilidade de contratação de entidades sem as condições adequadas para gerenciamento dos serviços públicos de saúde;

CONSIDERANDO que o Egrégio Tribunal de Contas da União, em 27/11/2013, prolatou os Acórdãos 3239-47/13-P e 352/2016 (TC 017.783/2014), onde traçou os parâmetros mínimos e obrigatórios para a transferência de serviços públicos de saúde para organizações sociais;

CONSIDERANDO que o procedimento de contratação de organização social que não atenda, minimamente, os parâmetros traçados pelo Supremo Tribunal Federal e Tribunal de Contas da União representa graves riscos de que a população não só veja uma piora na qualidade dos serviços como também recursos públicos sejam desviados e desperdiçados.

CONSIDERANDO que o Supremo Tribunal Federal julgou parcialmente procedente a ADI 1923 conferindo interpretação conforme a Constituição à Lei Federal n.º 9.637/98 no sentido de que o procedimento de qualificação de entidade civil como Organização Social, a celebração do contrato de gestão, as hipóteses de dispensa de licitação e outorga de permissão de uso de bem público, os contratos celebrados pela Organização Social com terceiros envolvendo recursos públicos e a seleção de pessoal sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do art. 37 da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o reconhecimento da constitucionalidade do modelo de Organizações Sociais não significa que o gestor de saúde possa utilizá-lo amplamente, sem observar os pressupostos legais e constitucionais, como o da complementariedade, estudo da economicidade, aprovação no Conselho de Saúde, dentre outros que serão elencados nos anexos desta recomendação;

CONSIDERANDO que ao julgar a ADI 1923 a Suprema Corte afastou qualquer interpretação que restrinja o controle pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas da aplicação de verbas públicas transferidas às organizações sociais;

3



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

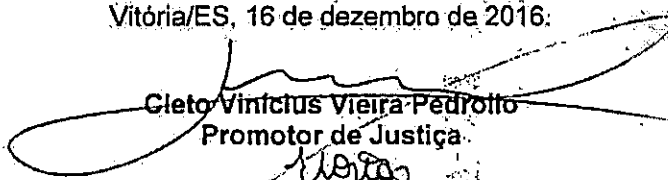
CONSIDERANDO que cabe ao Ministério Público promover a defesa da ordem jurídica em face de ilegitimidade ou irregularidade de qualquer natureza, visando resguardar a probidade da Administração Pública e a regularidade da guarda e do emprego dos bens, valores e dinheiro públicos, podendo, para tanto, prover as medidas necessárias ao efetivo respeito ao ordenamento jurídico;

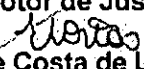
CONSIDERANDO que, a teor do artigo 27, incisos I e II, da Lei Federal nº. 8.625/93, cabe ao Ministério Público exercer a defesa dos direitos assegurados nas Constituições Federal e Estadual, sempre que se cuidar de garantir-lhe o respeito pelos poderes estaduais ou municipais e pelos órgãos da Administração Pública Estadual ou Municipal, direta ou indireta, e, no exercício dessas atribuições, promover (...) recomendações dirigidas a esses órgãos e entidades;

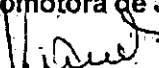
RESOLVE:

RECOMENDAR, com fundamento no art. 130 da Constituição Federal, no art. 29, parágrafo único, inciso III, da Lei Complementar Estadual nº 95/1997 ao **ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**, por meio de seus representantes (Procurador-Geral do Estado, Secretário de Saúde e Secretário de Controle e Transparência), para que nos eventuais processos de transferência do gerenciamento dos serviços públicos de saúde à iniciativa privada, observe rigorosamente as medidas citadas nos considerandos e nos anexos da presente recomendação, notadamente à complementariedade da atuação privada nos serviços públicos de saúde, garantindo-se a lisura de todo procedimento e a máxima relação custo-benefício na contratação eventualmente efetuada.

Vitória/ES, 16 de dezembro de 2016.


Cleto Vinícius Vieira Pedrotto
Promotor de Justiça


Elaine Costa de Lima
Promotora de Justiça


Gilberto Morelli Lima
Promotor de Justiça


Pablo Drews Bittencourt Costa
Promotor de Justiça



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO I

QUALIFICAÇÃO DE ENTIDADES COMO ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

RECOMENDAR que o Ente Federativo que planeje transferir a gestão de serviços públicos de saúde a organizações sociais:

1 – crie lei própria regulamentando o procedimento de qualificação de organizações sociais; pois a legislação sobre a matéria deve ser própria de cada esfera de governo, na forma do art. 30 da Constituição Federal;

2 – a lei que trata da qualificação de organizações sociais deve conter, no mínimo, as seguintes disposições:

2.1 - Sobre registro de seu ato constitutivo¹, dispondo sobre:

- a) natureza social de seus objetivos relativos à área de saúde;
- 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 àquela composição e atribuições normativas e de controle básicas previstas na lei, que coordene, anualmente uma auditoria contábil realizada por empresa de auditoria independente;
- 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 do Estado, 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

¹ Art. 2º da Lei nº 9637/98

[Handwritten signatures and initials]



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

outra Organização Social qualificada no âmbito do Estado ou Município 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.

2.2 - Sobre a estruturação do Conselho de Administração nos termos que dispuser o respectivo Estatuto, observados, para fins de atendimento aos requisitos de qualificação, os seguintes critérios básicos²:

a) ser composto por:

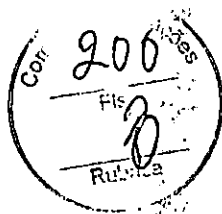
- 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo Estatuto da entidade;
- 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo Estatuto;
- até 10% (dez por cento), no caso de Associação Civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;
- 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do Conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
- até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo Estatuto;
- os membros eleitos ou indicados para compor o Conselho devem ter mandato de quatro anos, admitida uma recondução;
- os representantes do Poder Público e das entidades civis devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do Conselho;
- o primeiro mandato de metade dos membros eleitos ou indicados deve ser de dois anos, segundo critérios estabelecidos no Estatuto;
- o dirigente máximo da entidade deve participar das reuniões do Conselho, sem direito a voto;
- o Conselho deve reunir-se ordinariamente, no mínimo, três vezes a cada ano e, extraordinariamente, a qualquer tempo;
- os Conselheiros não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à Organização Social, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem;
- os Conselheiros eleitos ou indicados para integrar a Diretoria da entidade devem renunciar ao assumirem funções executivas;
- dispor as atribuições privativas do Conselho de Administração, para fins de atendimento aos requisitos de qualificação, que terá, dentre outras competências, poderes para³:

b) fixar o âmbito de atuação da entidade, para consecução do seu objeto;

c) aprovar a proposta de Contrato de Gestão da entidade;

² Art. 3º da Lei 9.637/98.

³ Art. 4º da Lei 9.637/98.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

- d) aprovar a proposta de orçamento da entidade e o programa de investimentos;
- e) designar e dispensar membros da Diretoria;
- f) fixar a remuneração dos membros da Diretoria;
- g) aprovar e dispor sobre a alteração dos Estatutos e a extinção da entidade por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros;
- h) aprovar o regimento interno da entidade que deve dispor, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, cargos e respectivas competências;
- i) aprovar por maioria, no mínimo, de dois terços de seus membros, o regulamento próprio contendo procedimentos que deve adotar para contratação de obras, serviços, compras e alienações e o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados da entidade;
- j) aprovar e encaminhar, ao órgão supervisor da execução do Contrato de Gestão, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria; e,
- k) fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas e aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais da entidade, com o auxílio de auditoria externa.

2.3 - acerca da realização de procedimento objetivo para a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, em que os critérios para concessão ou não do título sejam demonstrados nos autos do processo administrativo⁴;

2.4 - norma sobre a obrigatoriedade de instituir processo de chamamento e seleção públicos previamente à celebração de contrato de gestão com entidades privadas sem fins lucrativos, em todas as situações em que se apresentar viável e adequado à natureza dos programas a serem descentralizados⁵;

3 - conceda o título jurídico de "organização social" a todas as entidades que satisfizerem os requisitos legais, já que se trata, materialmente, de atividade de credenciamento⁶;

4 - na hipótese de indeferimento da qualificação de entidade interessada, que seja comprovado por critérios objetivos e impessoais⁷, cuja configuração em

⁴ ADIN nº 1923/STF

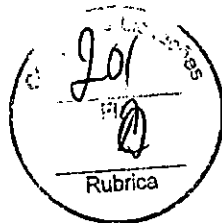
⁵ ADIN nº 1923/STF

⁶ ADIN nº 1923/STF

⁷ os critérios devem ser fixados em harmonia com o que prega o art. 20 da Lei 9.637/98:

Art. 20. Será criado, mediante decreto do Poder Executivo, o Programa Nacional de Publicização - PNP, com o objetivo de estabelecer diretrizes e critérios para a qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais, qualificadas na forma desta Lei, observadas as seguintes diretrizes: I - ênfase no atendimento do cidadão-cliente; II - ênfase nos resultados, qualitativos e quantitativos nos prazos pactuados; III - controle social das ações de forma transparente.

Handwritten signature and initials.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

concreto seja demonstrada por razões fundamentadas nos autos de processo administrativo.

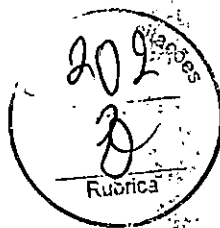
5 - Desqualifique a entidade como organização social, quando constatado o descumprimento das disposições contidas no contrato de gestão, mediante processo administrativo, assegurado o direito de ampla defesa, respondendo os dirigentes da organização social, individual e solidariamente, pelos danos ou prejuízos decorrentes de sua ação ou omissão⁸.

Final

⁸ Art. 16, caput e §. 1º da Lei 9.637/98.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO II PLANEJAMENTO DA CONTRATAÇÃO

RECOMENDAR que, na realização de ações prévias necessárias à celebração do contrato de gestão, o Ente Federativo:

1 – Elabore e faça contar do processo de transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para organizações sociais: (a) estudo detalhado que contemple a fundamentação da conclusão de que a transferência do gerenciamento para organizações sociais mostra-se a melhor opção; (b) avaliação precisa dos custos do serviço e dos ganhos de eficiência esperados; e, (c) planilha detalhada com a estimativa de custos a serem incorridos na execução do contrato de gestão⁹;

2 – Demonstre, de maneira inequívoca, por meio de decisão solidamente fundamentada, a complementariedade, os motivos do repasse da gestão, as vantagens de economicidade ou produtividade na adoção do modelo de gestão por organização, em vez de fomentar a atividade pública por ação governamental, com apresentação de documentação que demonstre e comprove a opção realizada¹⁰;

3 – Submeta à apreciação do Conselho de Saúde, a necessidade de complementação de serviços de assistência à saúde, que deverá ser por ele aprovada e constar do Plano de Saúde respectivo, a teor do disposto no art. 1º, § 2º, da Lei Federal nº 8.142/1990¹¹ c/c art. 2º, § 3º da Portaria MS/GM nº 1.034/2010¹².

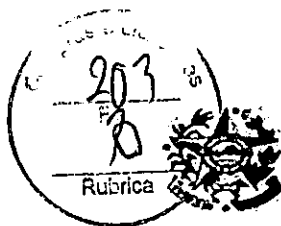
4 – Indique no Plano Plurianual (PPA) do respectivo Ente os projetos contendo objetivos e metas gerais relativos às ações e serviços de saúde a serem contratualizados;

⁹ Art. 7, §2, e art. 14 da Lei 8666/93, Acórdão TCU n. 352/2016 (TC 017.783/2014) e Acórdão TCU 3.239/2013.

¹⁰ Acórdão TCU n. 352/2016 (TC 017.783/2014) e Acórdão TCU 3239/2013 e RCL 15.733 STF/RJ

¹¹ Art. 1º, § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

¹² § 3º A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

5 – Preveja na Lei Orçamentária Anual (LOA) recursos orçamentários suficientes para a execução do contrato de gestão no exercício financeiro em que será celebrado o ajuste¹³;

6 – Atente para as normas da Lei de Responsabilidade Fiscal para a geração de despesa continuada, notadamente:

- a) estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes;
- b) declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a lei orçamentária anual e compatibilidade com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;
- c) comprovação de que a despesa criada ou aumentada não afetará as metas de resultados fiscais, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa;

7 – Desencadeie chamamento público para a escolha da Organização Social, com observância dos princípios constitucionais da Administração Pública, mediante procedimento isonômico, transparente, objetivo e impessoal, cumprindo-se com as seguintes formalidades¹⁴:

- a) divulgue publicamente, a intenção de terceirizar o gerenciamento e/ou a execução das atividades, apresentando minuta do Contrato de Gestão que pretende firmar, com todas as condições que deseja estabelecer no ajuste;
- b) convoque publicamente entidades interessadas, solicitando que apresentem propostas para a execução do objeto do futuro contrato;
- c) realize sessão pública para a leitura das propostas apresentadas; e,
- d) divulgue publicamente o resultado da seleção, justificando os fatores que foram considerados relevantes para a opção da escolha ao final do processo.

8 – Dê publicidade ao chamamento público, pelo prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias¹⁵, especialmente por intermédio da divulgação no Diário Oficial do Estado, em jornal diário de grande circulação no Estado e também, se houver, em jornal de circulação no Município ou na região onde será realizado, sem prejuízo da adoção de outros meios que amplie a transparência do certame;

¹³ Artigo 165, § 5º, I e artigo 167, I, CF 88.

¹⁴ Acórdão 3239/2013 – TCU/Plenário.

¹⁵ Diante da ausência de regulamentação na Lei nº. 9.637/98 quanto ao prazo mínimo para apresentação da proposta técnica, deve observar, obrigatoriamente, o disposto no artigo 21, § 2º, inciso I, alínea "b" da Lei nº 8.666/93, que estipula que o prazo para apresentação das propostas deverá ser de no mínimo 45 dias quando a licitação for do tipo melhor técnica ou técnica e preço, modalidade de licitação assemelhada à seleção em apreço.

[Handwritten signatures and initials]



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

9 – Faça constar expressamente no Edital de Chamamento Público¹⁶:

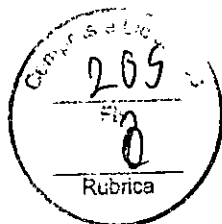
- a) descrição pormenorizada de todas as atividades a serem transferidas à organização social, dos bens e dos equipamentos públicos a serem destinados para esse fim¹⁷;
- b) exigência de prova de regularidade com as fazendas federal, estadual e municipal e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, na forma da lei;
- c) critérios objetivos para o julgamento da proposta mais vantajosa para a Administração Pública;
- d) critérios objetivos visando à aferição da qualificação técnica e capacidade operacional da organização candidata;
- e) prazo e local para entrega de manifestação, por escrito, do interesse das Organizações Sociais em firmar Contrato de Gestão a fim de gerenciar o serviço objeto da convocação;
- f) minuta do Contrato de Gestão.

10 – Abstenha-se de inserir no edital de seleção qualquer cláusula que restrinja a competitividade ou que direcione, de qualquer modo, o resultado do certame¹⁸.

¹⁶ Acórdão 3239/2013, TCU-Plenário, art. 7 da Lei 9637/98, art. 3 c/art. 116 da Lei n. 8666/93.

¹⁷ Deverá ser discriminadas no Edital todas as informações necessárias para subsidiar a elaboração do plano operacional, como perfil epidemiológico da região, relação dos equipamentos de saúde objeto da contratação, históricos de atendimentos, quantitativo de servidores públicos lotados nas unidades, contratos com prestadores de serviços, relação de bens móveis e o estado de conservação, dentre outros.

¹⁸ O direcionamento da licitação para determinada entidade pode dar ensejo a responsabilização por ato de improbidade administrativa (art. 11 da Lei n. 8429/92), sem prejuízo da apuração de crime previsto na Lei n. 8666/93 e da responsabilidade administrativa.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO III
ELABORAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

RECOMENDAR que na elaboração do contrato de gestão em que se formalizará a transferência da gestão dos serviços e ações de saúde à organização social, que o Ente Federativo:

1 - Observe os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também faça constar expressamente no contrato de gestão os seguintes preceitos¹⁹:

- a) obrigações da organização social: especificação do programa de trabalho proposto pela Organização Social, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução²⁰;
- b) critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade²¹;
- c) limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados envolvidos na execução do Contrato de Gestão²²; e,
- d) descrição precisa do objeto, condições gerais, encargos, recursos financeiros, instrumentos de controle, penalidades e denúncias do contrato de gestão²³.

2 - Inclua cláusula no Contrato de Gestão que determine que para a contratação de obras e serviços, bem como para compras de quaisquer bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público, sejam observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência, sendo necessária, no mínimo, a realização de cotação prévia de preços no mercado antes da celebração do contrato²⁴, bem como a exigência de que a Organização Social publique²⁵, no prazo máximo de noventa dias, contado da assinatura do Contrato de Gestão, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará nestas hipóteses²⁶.

3 - Preveja, explicitamente, no Contrato de Gestão, que a Organização Social deverá adotar critérios objetivos de seleção de pessoal, de forma a assegurar a isonomia entre os interessados, a impessoalidade, a transparência e publicidade dos procedimentos utilizados para a admissão de pessoal, com a realização de

¹⁹ TCU - TC 017.783/2014, Lei n. 13.019/2014.

²⁰ Art. 7, I, da Lei 9637/98.

²¹ Art. 7º, inc. I da Lei 9.637/98.

²² Art. 7º, inc. II da Lei 9.637/98.

²³ Art. 7º, parágrafo único, da Lei n. 9637/98.

²⁴ AC-3239-47/13-P - TCU.

²⁵ Diário Oficial e Jornais de grande circulação - art. 21 da Lei nº 8666/93

²⁶ Art. 17, Lei nº 9.637/98.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

processo seletivo com aplicação de prova objetiva aos candidatos²⁷, que possibilite aferir o conhecimento do profissional em sua área de atuação, pautada em critérios previamente definidos, em seu próprio regulamento de seleção de pessoal;

4 – Exija que a contratada movimente os recursos financeiros que lhe forem repassados pela contratante em **conta corrente específica e exclusiva**, visando facilitar o controle dos recursos públicos;

5 – Preveja que os recursos repassados à **Organização Social** somente poderão ser aplicados no mercado financeiro de **instituição financeira oficial**²⁸, devendo os resultados dessa aplicação reverter, exclusivamente, aos objetivos do Contrato de Gestão, ficando a contratada responsável por eventual perda financeira decorrente de aplicação no mercado financeiro, a qual deverá ser comunicada imediatamente ao Ente contratante;

6 – Estabeleça limitação à Organização Social para o pagamento de salários e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos respectivos dirigentes e empregados em, no máximo, a **70% (setenta por cento)** do valor global das despesas de custeio;

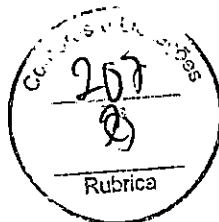
7 – Na hipótese de cessão de servidor público à organização social, com ônus para a origem,²⁹ estabeleça vedação à incorporação aos vencimentos ou à remuneração de origem do servidor cedido de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga pela entidade, bem como ao pagamento de vantagem pecuniária permanente pela entidade gerenciadora ao servidor cedido com recursos provenientes do contrato de gestão, ressalvada a hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção ou assessoria;

²⁷ Acórdão 3.373/2012-TCU-Plenário, visando eliminar o caráter subjetivo do processo seletivo realizado pela Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), organização social com contratos de gestão com diversos entes estaduais e municipais; expediu a seguinte determinação: “Em todos os processos seletivos cujas contratações venham a ser pagas com recursos federais do SUS, especialmente de médicos, abstenha-se de realizar seleção apenas mediante análise curricular ou análise curricular e prova com questões subjetivas, aplicando aos candidatos provas com questões objetivas e que possibilitem aferir o conhecimento do profissional em sua área de atuação, bem como adote providências para assegurar o sigilo dessas provas e de seus gabaritos, em observância aos princípios da impessoalidade e da moralidade”; ADIN 1923/STF.

²⁸ Considera-se instituição financeira oficial aquela que integre a administração pública como o Banco do Estado do Espírito Santo S.A., Banco do Brasil S.A. e Caixa Econômica Federal e qualquer outra que possua as mesmas características dessas. O TCEES tem interpretação bastante restrita quanto à interpretação do art. 164, § 3º, da Constituição Federal, consoante orientação do Parecer/Consulta TC-002/2013, onde se assentou pela impossibilidade de os Institutos de Previdência efetuar aplicações financeiras em instituições privadas, contrariando norma do Conselho Monetário Nacional.

²⁹ Artigo 14 e §§, LF nº 9.637/98.

13



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

8 - Elabore Plano Operativo³⁰ de saúde (parte integrante e anexa do contrato de gestão), com as seguintes definições:

- a) as ações e serviços de saúde que serão prestados pela Organização Social;
- b) estrutura física, tecnológica e recursos humanos empregados pela organização social;
- c) metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como indicadores que permitam medir a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade³¹ dos serviços prestados;
- d) sistema de avaliação de metas, incluindo-se os parâmetros e a valorização adotada com relação ao cumprimento das metas e seu respectivo impacto financeiro; e,
- e) teto financeiro mensal pactuado e sua variação de acordo com o cumprimento das metas.

9 - Defina indicadores de qualidade e produtividade, com a devida descrição e fórmula de cálculo, para avaliação das metas e desempenho organizacional que apresentem as seguintes características de qualidade:

- a) **Validade:** grau segundo o qual o indicador reflete o fenômeno que está sendo medido. O ID (indicador de desempenho) deve ser a expressão dos produtos

³⁰ Art. 7º da Portaria MS/GM 1.034/2010 - O plano operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre o ente público e a instituição, privada, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas.

Parágrafo único. As metas serão definidas pelo gestor em conjunto com o prestador, de acordo com as necessidades e peculiaridades da rede de serviços, devendo ser submetidas ao Conselho de Saúde respectivo.

³¹ É importante destacar o significado dos principais tipos de indicadores de desempenho (conforme Guia de Indicadores do MPOG):

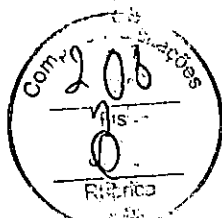
A **eficiência** (indicador de produtividade) diz respeito à relação entre produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, mantidos os padrões de qualidade. Exemplo: uma campanha de vacinação é mais eficiente quanto menor for o custo, ou seja, quanto menor for o custo da campanha, mantendo-se os objetivos propostos.

A **eficácia** (indicador de quantidade ou qualidade) demonstra o alcance dos objetivos e metas estabelecidos para determinado período de tempo. Para a eficácia o que interessa é alcançar o objetivo, independentemente dos custos incorridos. Exemplo: se, na mesma campanha citada, a meta de vacinação é imunizar 100.000 crianças e este número foi alcançado ou superado, a campanha foi eficaz.

Já a **efetividade** é um instrumento utilizado para avaliar a mudança na realidade do público-alvo, isto é, quais os impactos ou resultados da ação. Trata-se de uma relação entre os efeitos na população alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados). Por exemplo, se uma campanha de vacinação realmente imunizar e diminuir a incidência de determinada doença entre as crianças, a campanha foi efetiva.

Por fim, a **economicidade** diz respeito à minimização dos custos para o cumprimento de uma atividade, sem que ocorra o comprometimento dos padrões de qualidade. Ou seja, para a economicidade o que interessa é gastar o mínimo possível sem, contudo, diminuir a qualidade da ação.

   14

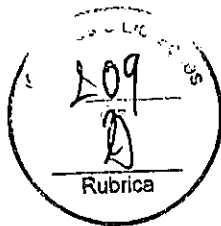


MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

essenciais de um processo. O enfoque deve ser nos produtos e nos resultados. Assim, o ID deve medir aquilo que é produzido, seja produto intermediário ou final, além dos resultados.

- b) **Comparabilidade:** propriedade de possibilitar comparações ao longo do tempo e entre diferentes objetos de auditoria.
- c) **Estabilidade:** as variáveis componentes do indicador devem ter estabilidade conceitual, sua forma de cálculo não deve variar no tempo, bem como devem ser estáveis os procedimentos de coleta de dados, para sua apuração. Essas são condições necessárias ao emprego de indicadores para avaliar o desempenho ao longo do tempo.
- d) **Homogeneidade:** na construção de indicadores devem ser consideradas apenas variáveis homogêneas. Por exemplo, ao estabelecer o custo médio por auditoria, devem-se identificar os diversos tipos de auditoria, já que para cada tipo tem-se uma composição de custo diversa.
- e) **Praticidade:** garantia de que o indicador realmente é útil para o monitoramento e a tomada de decisões. Para tanto, deve ser testado, modificado ou excluído quando não atender a essa condição.
- f) **Independência:** o indicador deve medir os resultados atribuíveis às ações que se quer monitorar, devendo ser evitados indicadores que possam ser influenciados por fatores externos.
- g) **Confiabilidade:** a fonte de dados utilizada para o cálculo do indicador deve ser confiável, de tal forma que diferentes avaliadores possam chegar aos mesmos resultados.
- h) **Seletividade:** deve-se estabelecer um número equilibrado de indicadores que enfoquem os aspectos essenciais do que se quer medir.
- i) **Compreensão:** o indicador deve ser de fácil compreensão e não envolver dificuldades de cálculo ou de uso. Indicadores que medem mais de uma variável e apresentam métricas não intuitivas podem ser usados, e às vezes devem sê-lo, quando têm aceitação e validade.
- j) **Completude:** os indicadores devem representar adequadamente a amplitude e a diversidade de características do fenômeno monitorado, resguardado o princípio da seletividade e da simplicidade.
- k) **Economicidade:** as informações necessárias ao cálculo do indicador devem ser coletadas e atualizadas a um custo razoável, quando comparado com a utilidade gerencial da informação que ele fornece.

Handwritten signature and date 15.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

l) **Acessibilidade:** deve haver facilidade de acesso às informações primárias bem como de registro e manutenção para o cálculo dos indicadores.

m) **Tempestividade:** a apuração do indicador deve estar disponível quando necessária, em tempo para a tomada de decisão.

n) **Objetividade:** o indicador deve ser inequívoco sobre o que está sendo medido e quais dados estão sendo usados em sua apuração. A objetividade inclui clareza sobre a definição do indicador, de forma a evitar disputa sobre seu significado.

10 – Fixe metas qualitativas e quantitativas que visem ao aprimoramento dos serviços de saúde, com seus respectivos prazos de execução, devendo apresentar as seguintes características de qualidade:

a) **Específica:** expressar claramente o que deve ser alcançado, sem ambiguidades;

b) **Mensurável:** expressar em que medida o objetivo deve ser alcançado em certo intervalo de tempo, permitindo avaliação e *feedback*;

c) **Apropriada:** estar alinhada com os objetivos gerais ou estratégicos, contribuindo para alcançá-los, isto é, ser relevante para medir os objetivos;

d) **Realista:** poder ser alcançada no período previsto a custo razoável e considerando as restrições existentes. Levar em conta os objetivos da instituição, o contexto econômico em que está inserida, as limitações orçamentárias, o desempenho anterior. Se as metas não forem realistas, elas serão vistas como meros ideais e não terão influência prática no comportamento do pessoal.

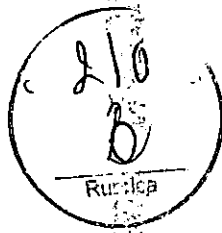
e) **Prazo determinado:** expressar o período esperado para seu alcance.

11 – Estabeleça adequada e razoável proporcionalidade na correlação entre o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas para a determinação dos repasses financeiros a serem efetuados à organização social, abstendo-se de efetuar grandes volumes de recursos em razão do cumprimento apenas das metas qualitativas;

12 – Publique o Contrato de Gestão, após a sua assinatura, na imprensa oficial, em observância aos princípios da impessoalidade e da publicidade, bem como ao disposto no art. 116 da Lei nº. 8.666/93³².

³² Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração.

16
[Handwritten signature]



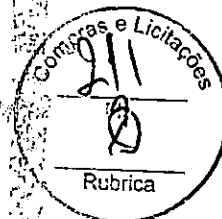
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

13 - Preveja que a Organização Social tenha um Sistema de Gestão de Custos visando emissão de relatórios padronizados de acordo com necessidade do órgão contratante;

14 - Vedação do estabelecimento de avença com pessoa jurídica ou instituição da qual façam parte seus dirigentes ou associados;

15 - Incluir cláusulas que determinem periodicidade para apresentação de relatórios contábeis e financeiros, relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade, relatório de custos, relatório pertinente a execução do contrato de gestão, contendo comparativo das metas propostas com os resultados alcançados, relatórios de bens com permissão de uso com descrição do estado de conservação; e

16 - Exigência de apresentação anual de certificado de auditoria emitido por auditor independente;



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO IV
EXECUÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS RESULTADOS DO
CONTRATO DE GESTÃO

RECOMENDAR que o Ente Federativo adote procedimento de controle da execução do contrato de gestão tem em vista os resultados alcançados e não exclusivamente quanto à conformidade dos atos praticados pelas organizações sociais, observando, ainda:

1 – O órgão ou a entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada deverá fiscalizar a execução do contrato de gestão celebrado com Organização social.

2 – O Conselho de Administração deverá aprovar os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria da Organização Social, e encaminhar ao órgão supervisor da execução³³ do Contrato de Gestão, sendo obrigatória a apresentação dos seguintes documentos:

- a) relatório sobre a execução do objeto do Contrato de Gestão, contendo comparativo entre as metas estabelecidas e os resultados alcançados;
- b) demonstrativo integral da receita e despesa realizadas na execução;
- c) demonstrativo da aplicação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza percebidas pelos dirigentes e empregados;
- d) parecer e relatório de auditoria, elaborados para monitorar a execução do Contrato de Gestão; e,
- e) extrato da execução física e financeira.

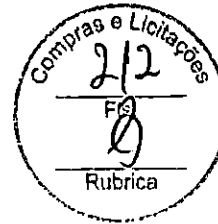
3 - A autoridade supervisora da área correspondente deverá indicar comissão de avaliação, composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, preferencialmente servidores efetivos, que analisará, periodicamente, os resultados atingidos com a execução do contrato de gestão, responsável pela emissão de relatório conclusivo³⁴.

4 - Ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, o Poder Público deverá exigir da Organização Social relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial.

³³ Artigo 4º, IX e X, c.c. artigo 8º, § 1º, LF nº 9.637/98.

³⁴ Art. 8º, § 2º e 3º, da Lei 9.637/98.

Handwritten signatures and the number 18.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

5 – A Comissão de avaliação³⁵, especialmente designada para o acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato de gestão, deve analisar o que segue:

- a) Avalie se, na formalização do contrato de gestão e nos termos aditivos, foram obedecidos os preceitos legais e regulamentares;
- b) Avalie a confiabilidade das fontes e a fidedignidade das informações apresentadas e dos indicadores utilizados para demonstrar o cumprimento das metas;
- c) Avalie o atingimento dos objetivos e o cumprimento das metas pactuadas, verificando o percentual de realização mediante indicadores de desempenho definidos no contrato de gestão;
- d) Avalie se os indicadores de desempenho definidos no contrato de gestão são suficientes e adequados para medir o cumprimento das metas quanto aos aspectos de eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e efetividade;
- e) Avalie se as metas pactuadas são compatíveis com a capacidade do órgão ou entidade para atingi-las;
- f) Avalie se os princípios da legalidade, legitimidade, impessoalidade, moralidade e publicidade estão sendo seguidos e observados pelo órgão ou entidade sob contrato de gestão;
- g) Avalie o cumprimento das obrigações contratuais;
- h) Avalie se os objetivos e metas estabelecidos no contrato de gestão são suficientes para o atendimento da demanda da sociedade;
- i) Conclua, com base nas informações obtidas na aplicação dos procedimentos anteriores, quanto ao desempenho do órgão ou entidade sob o ponto de vista da eficiência, eficácia, economicidade, qualidade e efetividade.

6 – A Comissão de avaliação deverá, periodicamente, comparecer ao local da prestação de serviços, colhendo as informações e documentos necessários a subsidiar a análise da prestação de contas, notadamente quanto à veracidade das informações apresentadas e também quanto às condições físicas da unidade de saúde gerenciada e qualidade dos serviços prestados.

7 – O relatório de execução do Contrato de Gestão deve, obrigatoriamente, ser publicado na imprensa oficial, anualmente, devendo a Secretaria de Saúde emitir parecer técnico sobre as contas apresentadas³⁶.

³⁵ Art. 8 da Lei 9637/98.

Handwritten signature and date 19



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

ANEXO V – TRANSPARÊNCIA DA GESTÃO

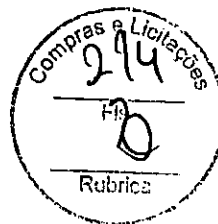
RECOMENDAR a divulgação das informações de interesse coletivo ou geral³⁶ em sítios oficiais da rede mundial de computadores (internet), conforme art. 8º, § 2º, da Lei de Acesso à Informação, devendo a Organização Social:

1 - Disponibilizar em sítio eletrônico na rede mundial de computadores, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação), no mínimo, as seguintes informações, relativas aos recursos públicos recebidos do setor público:

- a) registro atualizado da estrutura organizacional, inclusive do corpo diretivo, endereço, telefones e horários de atendimento ao público;
- b) informações sobre os programas, projetos e ações do hospital administrado pela organização social;
- c) registro atualizado, mensal, dos recursos públicos recebidos, inclusive rendimentos decorrentes de sua aplicação no mercado financeiro, e sua destinação;
- d) registro atualizado, mensal, das despesas executadas;
- e) registro atualizado das metas propostas e resultados alcançados, acompanhado dos demonstrativos financeiros referentes à execução do contrato de gestão;
- f) informações sobre fiscalizações, tomadas de contas e prestações de contas envolvendo o contrato de gestão, a cargo dos órgãos de controle interno e externo;
- g) informações processos seletivos realizados para a contratação de pessoal, incluindo o edital de chamamento público, o nome completo do empregado, função, lotação, jornada de trabalho, remuneração e vantagens individualizadas etc;
- h) informações concernentes a procedimento de compras de bens e serviços e contratações celebradas (editais, anexo, resultados, contrato, valores globais e unitários, Chamamento público, Contrato de Gestão, Contratos da OS com terceiros, Relatórios de Produção, Relatórios de Monitoramento da

³⁶ Art. 67 da Lei n. 13.019/2014.

³⁷ Por informação de interesse coletivo ou geral, no caso de contrato de gestão, entende-se toda aquela relativa à aplicação e destinação dos recursos públicos transferidos à organização social para a consecução do objeto pactuado.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Comissão Avaliação, Relatório de RH (folha), Demonstrativos de Repasses, Série histórica de atendimentos etc);

i) relação completa de terceirizados; e,

j) respostas e perguntas mais frequentes da sociedade;

2 - Nos termos da Lei de Acesso à Informação, os sítios eletrônicos deverão atender aos seguintes requisitos:

a) conter ferramenta de pesquisa de conteúdo que permita o acesso à informação de forma objetiva, transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão;

b) possibilitar a gravação de relatórios em diversos formatos eletrônicos, inclusive abertos e não proprietários, tais como planilhas e texto, de modo a facilitar a análise das informações;

c) possibilitar o acesso automatizado por sistemas externos em formatos abertos, estruturados e legíveis por máquina;

d) divulgar em detalhes os formatos utilizados para estruturação da informação;

e) garantir a autenticidade e a integridade das informações disponíveis para acesso;

f) manter atualizadas as informações disponíveis para acesso;

g) indicar local e instruções que permitam ao interessado comunicar-se, por via eletrônica ou telefônica, com a entidade detentora do sítio; e

h) adotar as medidas necessárias para garantir a acessibilidade de conteúdo para pessoas com deficiência.

se

de

m

le

o

ão

ta

ba

ota

har

da

r

o

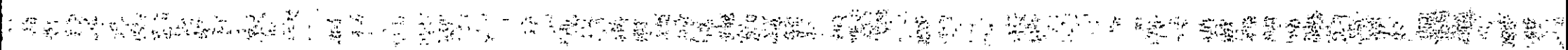
a

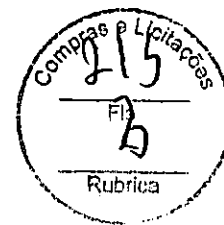
o

o

o

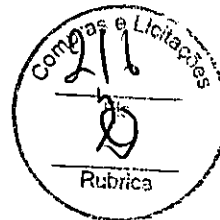
o





Anexo 02

Petição inicial MP caso UPA
CIC.



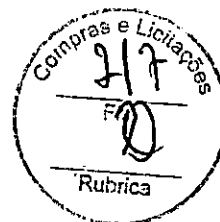
EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA DA
FAZENDA PÚBLICA DO FORO CENTRAL DA COMARCA DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CURITIBA

○ **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO**

PARANÁ, por intermédio de seus representantes abaixo assinados, no uso de suas atribuições perante a Promotoria de Proteção à Saúde Pública, situada na Rua Marechal Deodoro, nº 1028, 5º andar, centro, nesta cidade, onde recebem intimações, vêm, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, com fundamento nos artigos 127, caput; 129, III; 37, caput e inciso II, da Constituição Federal, e na Lei nº 7.347/85, propor a presente **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** com pedido de antecipação de tutela em face do

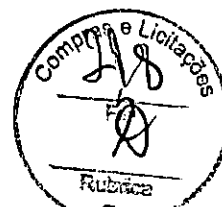
MUNICÍPIO DE CURITIBA, pessoa jurídica de direito público interno, ora representado pela Procuradora-Geral do Município, Dra. Vanessa Volpi Bellegard Palacios, com endereço na Rua Álvaro Ramos, 150, Ed. Pery Moreira, Centro Cívico, Curitiba-PR, pelas razões de fato e de direito a seguir aduzidas:

1. O OBJETIVO DESTA AÇÃO:



Pretende-se com a presente ação a suspensão liminar e, ao final, a declaração de nulidade do Edital de Chamamento Público - Qualificação nº 01/2017, publicado com o objetivo de selecionar pessoas jurídicas de direito privado para se qualificarem como Organização Social na área de saúde e eventualmente serem contratadas para gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento - UPAs no Município de Curitiba (Iniciando-se pela UPA CIC).

Assim, pois, a decisão de terceirização tomada pelo requerido, como adiante se demonstrará, viola diversos dispositivos legais e constitucionais, além de colocar em risco a qualidade da prestação de serviço público de saúde justamente em área de grande sensibilidade - atendimento de usuários em situações de urgência e emergência. As ilegalidades verificadas e, especialmente, o risco iminente existente desencadeiam a necessidade de atuação do Ministério Público para zelar pelo efetivo respeito do Poder Público aos direitos assegurados na Constituição e proteger os interesses públicos e coletivos (art. 129, II e III, da CF).



2. PARÂMETROS NORMATIVOS A RESPEITO DA PARTICIPAÇÃO PRIVADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE:

Após afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que envolve um serviço de relevância pública, a Constituição Federal passa a disciplinar as ações e serviços públicos de saúde, que devem constituir o Sistema Único de Saúde, devendo sua execução ser feita diretamente pelo Poder Público ou por intermédio de terceiros (arts. 196 e 197).

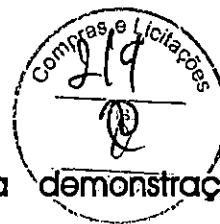
Mais adiante, no art. 199, §1º, admite a possibilidade de participação da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, desde que o faça de maneira complementar, dando-se preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

Seguindo a mesma lógica constitucional, a Lei nº 8.080/90 estabelece caber primordialmente aos municípios a gestão e execução dos serviços de saúde, permitindo-se, diante da eventual insuficiência de reunir condições de ofertar, por conta própria, a assistência de saúde aos usuários, a possibilidade excepcional de buscar complementarmente o setor privado.

O art. 24 da Lei nº 8.080/90 é claro ao condicionar a decisão do Poder Público de recorrer aos serviços

1 Art. 18, "À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e **gerir e executar os serviços públicos de saúde**"



ofertados pela iniciativa privada à prévia demonstração de insuficiência de suas disponibilidades para garantir diretamente a cobertura assistencial à população. Frise-se a necessidade de prévia demonstração desta insuficiência:

"Art. 24: Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada"

De idêntica maneira, o art. 4º da Lei Estadual nº 18.976/2017 dispõe que a participação complementar das pessoas jurídicas de direito privado no SUS, no âmbito do Estado do Paraná, dependerá de prévia avaliação técnica que atestará a necessidade de ampliação e complementação da cobertura assistencial de saúde, ficando caracterizada a "necessidade de complementação quando as disponibilidades já ofertadas de ações e serviços de saúde forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial aos usuários do SUS"

No plano normativo-regulamentar, por fim, o art. 130 da Portaria de Consolidação nº 1 do Ministério da Saúde prevê que, "nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada"



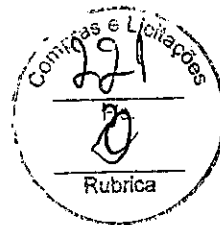
Percebe-se, portanto, que a terceirização dos serviços públicos de saúde, apesar de juridicamente admissível, está condicionada à prévia demonstração de esgotamento das disponibilidades de o Poder Público prestá-lo, quer por meio dos órgãos da Administração Direta, quer por entidade da Administração Indireta.

Até o momento, o Município de Curitiba, seguindo os comandos normativos aplicáveis ao tema, executa parcela do serviço público de saúde por intermédio da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES), entidade da Administração Pública Indireta, não demonstrando concreta e tecnicamente o esgotamento da atual capacidade instalada, requisito indispensável para a continuidade do processo de qualificação objeto do Edital de Chamamento nº 01/2017.

Por isso e observando que tal postura, além de contrariar o disposto na ordem jurídica, reúne condições de negativamente afetar a organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde, não restou outra alternativa senão o de ajuizar a presente ação, de caráter inibitório.

3. BREVE EXPOSIÇÃO A RESPEITO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE E DO FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO EM CURITIBA:

A Fundação Estatal de Atenção

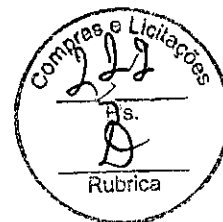


Especializada em Saúde de Curitiba cuida de entidade, de personalidade jurídica de direito privado, criada e autorizada pela Lei Municipal nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010, para executar e desenvolver ações e serviços de saúde ambulatorial especializada, hospitalar, apoio diagnóstico e de ensino e pesquisa, todos no âmbito do Sistema Único de Saúde do Município de Curitiba.

Trata-se de entidade da Administração Pública Indireta, ou seja, é um ente que integra e se sujeita ao Estado, mas segue regramento jurídico menos rígido. A fundação estatal de direito privado, gozando de autonomia orçamentária e financeira, contrata seu pessoal sob o regime da CLT, por teste seletivo, bem como efetua compras por intermédio de procedimento mais simplificado.

Não destoam, pois, em essência, da sistemática de uma Organização Social que, ao ser contratada pelo Poder Público, deve seguir os princípios e regras constitucionais que regem a Administração Pública, conforme decidiu o STF na ADIN nº 1.923/2015, que analisou a constitucionalidade da Lei nº 9.637/98:

" Por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, seu regime jurídico tem que 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 disposto em regulamento próprio (Lei nº 9637/98, art. 4º VIII), fixando regras objetivas e impessoais para o dispêndio de recursos públicos. (...) Por identidade de razões,



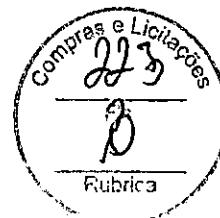
também não se aplica às Organizações Sociais a exigência de concurso público (CF, art. 37, II), mas a seleção de pessoal, da mesma forma como a contratação de obras e serviços, deve ser posta em prática através de um procedimento objetivo e impessoal"

Feitas essas considerações e retornando-se à FEAES, tem-se que o Município de Curitiba vem contratando desde sua criação para prestar diversos serviços públicos de saúde, especificamente junto ao Hospital Zilda Arns, Centro Médico Comunitário Bairro Novo, CAPS e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), conforme disposições estabelecidas no Contrato de Gestão nº 336/2015 (em anexo).

O contrato de gestão foi assinado em 08 de abril de 2015 com prazo de vigência de 34 meses (até 08/02/2018), podendo ser prorrogado por mais 26 meses (cf. cláusula 16º). Compete à fundação, nos termos do contrato e na parte que interessa mais de perto à presente ação, a execução dos serviços descritos no Plano Operativo nº 03, que diz respeito aos serviços de urgência e emergência, UPAs² e SAMU (vide Anexo II do contrato de gestão).

Atualmente, o Município de Curitiba conta em sua Rede de Urgência e Emergência com nove UPAs, quais sejam, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Campo Comprido, CIC,

²Por definição contida nos arts. 71 e 72 da Portaria de Consolidação nº 03/2017, a Unidade de Pronto Atendimento é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, que deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.



Fazendinha, Pinheirinho, Sítio Cercado e Tatuquara. Todas elas encontram-se abrangidas pelo contrato de gestão em vigor.

À exceção da UPA Tatuquara (cuja situação é exposta a seguir), as demais Unidades de Pronto Atendimento são **coadministradas pela FEAES e Secretaria Municipal de Saúde**, havendo uma divisão de atribuições entre elas, "sendo que os profissionais médicos e alguns contratos de prestação de serviços são de responsabilidade da FEAES e a equipe de enfermagem e alguns insumos, materiais e outros contratados são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde" (fl. 02 do procedimento administrativo que resultou na publicação do edital de chamamento público)³

Esse modelo contempla, pois, uma sistemática de alocação de profissionais mista, vale dizer, as Unidades de Pronto Atendimento possuem em seu quadro de pessoal servidores públicos municipais e profissionais contratados pela Fundação, fator esse, cabe frisar, reconhecido expressamente pelo requerido como "relevante" para a composição de custos das UPAs de Curitiba (vide p. 36 do edital de chamamento).

A UPA CIC também seguiu esse modelo; entretanto, foi fechada há meses para submeter-se à reforma em seu espaço físico e, mesmo concluída a obra, não tornou a abrir.

³ De maneira genérica, vê-se que àquela compete a contratação de médicos, serviço de radiologia (pessoal administrativo, médicos e exames), gestão do laboratório e refelção, ao passo que o Município de Curitiba responsabiliza-se pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem, insumos, medicamentos, manutenção predial, serviço de higienização, lavanderia, transporte de ambulância branca.

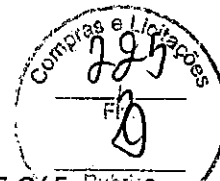


Operacionalizando-se de maneira distinta, há apenas a UPA Tatuquara. Colocada em funcionamento no mês de maio deste ano, quase que a integralidade do seu quadro de pessoal está sob a responsabilidade de contratação da FEAES. Ressalva-se, tão somente, o serviço de limpeza que permanece ao encargo do Município de Curitiba.

Esse modelo vem apresentando excelentes resultados, na medida em que, mantida a qualidade assistencial, conseguiu reduzir sobremaneira os custos quando em comparação com as demais UPAs. O quadro demonstrativo de custos das UPAs, que acompanha essa inicial, corrobora essa afirmação. Dele se extrai a informação de que o custo da UPA Tatuquara gira em torno de R\$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais) por mês.

Tam nha a previsibilidade de redução de custos com a adoção de gerência exclusiva da UPA pela FEAES e dos benefícios que pode dispensar   população usuária do SUS que já se previu, por ocasião do contrato de gestão, a expansão desse modelo para as demais UPAs, consoante item G, intitulado "Programação de incorporação de serviços a partir de 2016" do Plano Operativo n  03 do Contrato de Gestão. Nele consta a previsão de acréscimo, inclusive com proposição de cronograma (até o mês de novembro de 2018), de serviços a serem executados integralmente pela FEAES (vide página 68 do contrato de gestão).

Inobstante a constatação de maior economicidade com a gerência exclusiva pela FEAES, em 31 de



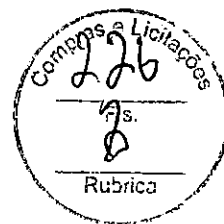
agosto de 2017, foi aprovada a Lei Municipal nº 15.065, que revogou o parágrafo único do art. 1º da Lei Municipal nº 9.226/97 (que dispõe sobre as "entidades qualificadas como organizações sociais, cria o Programa Municipal de Publicização, a Comissão Municipal de Publicização e dá outras providências").

Com a alteração legislativa promovida, passou-se a permitir que serviços de assistência médica em unidades de saúde mantidas pelo Município de Curitiba sejam atribuídos às organizações sociais⁴. É importante notar que a legislação municipal disciplina de maneira genérica a participação da iniciativa privada na prestação de serviço público, não sendo um diploma específico sobre a área de saúde, ao contrário do que ocorre no âmbito federal e estadual.

De todo o modo, amparado na nova redação da lei municipal, o requerido lançou o Edital de Chamamento Público - Qualificação nº 01/2017, a fim de selecionar pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, para se qualificarem como Organização Social na área de saúde para gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento.

Nota-se claramente a intenção de revogar a sistemática administrativa que atribuir à FEAES a gerência das UPAs com o propósito de, em seu lugar, contratar Organizações Sociais para o exercício de tal atividade. Não haveria, a priori,

4 "Art. 1º: Fica o Poder Executivo autorizado a qualificar como Organizações Sociais as entidades constituídas sob a forma de fundação, associação ou sociedade civil, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam relacionadas com as áreas social, educacional, ambiental, de desenvolvimento científico e tecnológico, cultural, esportiva e de saúde, atendidas as condições estabelecidas nesta Lei"



impedimento, mas é necessário que os motivos sejam concretamente descritos e declinados, indicando-se o porquê é conveniente e oportuna a revogação, bem como substancialmente demonstrado que há necessidade de ultrapassar a capacidade da Administração Pública Indireta rumo ao terceiro setor.

4. TEORIA DOS MOTIVOS DETERMINANTES:

A motivação do ato administrativo consiste na exposição formal do motivo que levou o agente público a praticar determinado ato administrativo. Na motivação, *"transparece aquilo que o agente apresenta como 'causa' do ato administrativo"*⁵

Uma vez exteriorizado o motivo do ato administrativo, o agente público torna-se vinculado aos seus termos, de forma que, comprovada a inexistência daquela realidade fática expressa como determinante para sua vontade, o ato administrativo será nulo, sujeitando-se, portanto, a controle judicial.

Na lição de Celso Antônio Bandeira de Mello⁶:

"(...) Os motivos que determinaram a vontade do agente, isto é, os fatos que serviram de suporte à sua decisão, integram a validade do ato. Sendo assim, a invocação de 'motivos de fato' falsos, inexistentes ou

5 MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 20 ed. rev e atual Malheiros : São Paulo, 373.

6 In: **Curso de Direito Administrativo**. 20 ed. rev e atual Malheiros : São Paulo, 376.



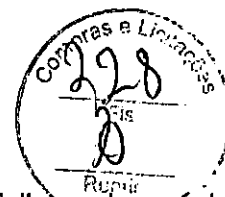
incorretamente qualificados vicia o ato mesmo quando, conforme já se disse, a lei não haja estabelecido, antecipadamente, os motivos que ensejariam a prática do ato. Uma vez enunciados pelo agente os motivos em que calçou, ainda quando a lei não haja expressamente imposto a obrigação de enunciar-los, o ato só será válido se estes realmente ocorreram e o justificavam"

Trata-se da denominada Teoria dos motivos determinantes com plena aplicabilidade na situação discutida nos autos.

No procedimento administrativo que resultou na publicação do edital de chamamentos, infere-se que o Município de Curitiba sustentou a "decisão" de buscar organizações sociais para prestação de serviços junto às Unidades de Pronto Atendimento no superficial argumento e sem demonstração técnica convincente de que, assim o fazendo, haveria redução dos gastos e incremento na qualidade da assistência.

Contudo, como se demonstrará nos capítulos subsequentes, esses motivos não correspondem à realidade, diante da constatação de que os cálculos efetuados pela Secretaria Municipal de Saúde contêm sérias falhas, tornando inválidos os comparativos de custos levados a efeito no edital e, por conseguinte, o próprio ato administrativo.

Daí a necessidade de propositura da presente ação e a intervenção do Poder Judiciário para declarar a invalidade do procedimento administrativo instalado para seleção de



organizações sociais para prestação de serviços públicos de saúde.

A jurisprudência admite a possibilidade de controle judicial em hipóteses que tais:

"ADMINISTRATIVO. ATO ADMINISTRATIVO. VINCULAÇÃO AOS MOTIVOS DETERMINANTES. INCONGRUÊNCIA. ANÁLISE PELO JUDICIÁRIO. POSSIBILIDADE. DANO MORAL. SUMULA 7/STJ. 1. *Os atos discricionários da Administração Pública estão sujeitos ao controle pelo Judiciário quanto à legalidade formal e substancial, cabendo observar que os motivos embasadores dos atos administrativos vinculam a Administração, conferindo-lhes legitimidade e validade.* 2. *Consoante a Teoria dos motivos determinantes, o administrador vincula-se aos motivos elencados para a prática do ato administrativo. Nesse contexto, há vícios de legalidade não apenas quando inexistentes ou inverídicos os motivos suscitados pela administração, mas também quando verificada a falta de congruência entre as razões explicitadas no ato e o resultado nele contido*" (AgReg no REsp 1280729/RJ, Rel. Min. Humberto Martins, 2ª Turma, julgado em 10/04/2012, DJe 19/04/2012)

Portanto, de todo temerário permitir-se a continuidade de existência, validade e eficácia do Edital nº 01/2017 e dos atos que lhe sejam subsequentes.



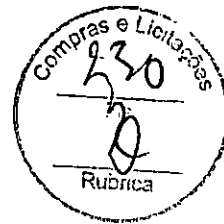
5. AS FALHAS E INCONSISTÊNCIAS VERIFICADAS NO ESTUDO ELABORADO NA TENTATIVA DE DEMONSTRAR A VIABILIDADE TÉCNICA E ECONÔMICA DA EXECUÇÃO DO SERVIÇO POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS:

No caso em apreço, no intuito de dar atendimento ao disposto no art. 9º, I do Decreto Municipal nº 1.192/2017, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou no procedimento administrativo protocolado sob nº 01-107950/2017 estudo para *"comprovar a viabilidade técnica e econômica da execução de ações e serviços em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) por Intermédio de Organizações Sociais"*.

Na documentação, reprisada no Anexo III do Edital e que serve como motivação do ato administrativo, a Secretaria Municipal de Saúde revelou a composição e a forma em que está estruturada a rede assistencial do sistema municipal de saúde, com ênfase à rede de atenção às urgências e emergências e seus componentes (p. 22 a 28 do edital). Ainda, esclareceu o que são UPAs, apontou suas diretrizes e principais atividades, bem como expôs sua classificação da seguinte maneira:

"(...) À época de sua qualificação (...) as UPAs eram classificadas em três diferentes portes de acordo com a

7 *"Art. 9º: Para fins de qualificação, será instaurado processo administrativo, que deverá ser instruído e autuado, devendo conter, no mínimo (...) estudo técnico preliminar que comprove a viabilidade técnica e econômica da execução do serviço por organizações sociais elaborado pela entidade ou órgão da administração pública municipal da área d atividade correspondente ao serviço a ser transferido"*



população do Município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (...). Conforme informação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a UPA Pinheirinho está habilitada pelo Ministério da Saúde como Tipo II reformada e ampliada e as UPAs Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Campo Comprido, Cidade Industrial, Fazendinha e Sítio Cercado como tipo III reformadas e ampliadas (...).

Para otimizar a alocação de recursos conforme a demanda (volume de atendimento) das Unidades de Pronto Atendimento, a Secretaria Municipal de Saúde as classifica como de pequeno, médio e grande porte. As UPAs estão assim classificadas:

UPA de grande porte – Boa Vista, Cajuru e Sítio Cercado;

UPA de médio porte – Boqueirão, Campo Comprido, CIC e Fazendinha;

UPA de pequeno porte – Pinheirinho e Tatuquara”⁸

Mais adiante, justificou no item 7 a escolha pelo terceiro setor para gerenciamento das UPAs, alegando menor custo aos cofres públicos, consignando que, sob gestão da FEAES, “o custo médio mensal é de mais de dois milhões de reais por unidade de grande porte”, valor superior ao encontrado em pesquisas de cotação de preço, efetuadas pela Secretaria Municipal de Saúde junto a Organizações Sociais.

⁸ Vide edital à p. 31



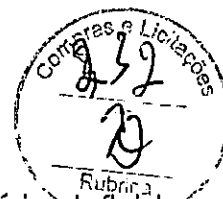
A maneira como desenvolvida essa pesquisa de valores encontra-se sinteticamente descrita no anexo IV - memória de cálculo, donde se vê apenas um histórico dos atos praticados pela Secretaria Municipal de Saúde, essencialmente por intermédio do Sr. Jean Antônio Pereira Rosa inquirido por esta Promotoria de Justiça (vide termo de depoimento em anexo).

Note-se que as correspondências eletrônicas enviadas pelas SMS e as respostas firmadas pelas Organizações Sociais consultadas não constam do procedimento administrativo que amparou o edital de chamamento. Nele há apenas menção à existência de que haveria sido feita tal cotação, sendo apresentados os valores finais obtidos. Impediu-se, com tal proceder, uma completa publicização a respeito de relevante situação fática para o controle do ato administrativo em questão.

Os e-mails referentes à cotação somente foram obtidos no bojo do Inquérito Civil Público e em razão de solicitação ministerial.

Com a sua leitura, pode-se perceber a superficialidade em que tratado o tema de grande relevância para o Sistema Único de Saúde de Curitiba e região metropolitana descurando-se das graves consequências que podem advir da alteração da forma de gerenciar as Unidades de Pronto Atendimento - serviço público de saúde destinado ao atendimento de situações de urgência e emergência.

Constata-se, por exemplo, que a



pesquisa foi feita com muita rapidez, sem um critério definido para a escolha das Organizações Sociais a serem consultadas e sem se atentar à realidade de uma UPA em Curitiba. Repare-se, ainda, que das seis Organizações Sociais contatadas pela Secretaria Municipal de Saúde apenas duas apresentaram cotação e nenhuma delas possui atuação no Estado do Paraná.

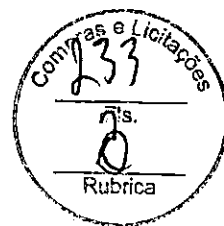
Mesmo, portanto, sem a reunião de informações mais precisas e compatíveis com a realidade curitibana, elaborou-se o **Quadro 4** do anexo III do edital, estabelecendo um suposto comparativo entre os atuais custos de UPA Porte III da rede municipal e a estimativa de custos obtida em "cotações" feitas com a Organização Social Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OS1) e Organização Social Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (OS2)

Quadro: Comparativo entre custos de UPA porte III da rede municipal de saúde de Curitiba e estimativas de UPA pesquisadas no mercado, 2017

UPA PORTE III	O.S. 1	O.S. 2	FEAES+SMS
	COTAÇÃO SET 17	COTAÇÃO SET 17	MÉDIA TOTAL JAN A JUN 17
MEDICAMENTOS, MATERIAIS DE CONSUMO, SERVIÇOS DE TERCEIROS, OUTRAS DESPESAS	R\$ 540.614,35	R\$ 778.514,55	R\$ 348.811,48
PROFISSIONAIS	R\$ 1.078.504,25	R\$ 1.179.930,76	R\$ 1.748.731,97
TOTAL	R\$ 1.619.118,6	R\$ 1.958.445,31	R\$ 2.097.543,45

COMPARATIVO PERCENTUAL ENTRE FEAES+SMS E O.S. CONSULTADAS NO MERCADO	O.S. 1 VERSUS FEAES+SMS	O.S. 2 VERSUS FEAES+SMS
	-29,5%	-7,1%

FONTE: UPA município de Curitiba -- média dos valores do primeiro semestre de 2017/ FEAES
UPA outras localidades -- cotações de mercado realizadas entre 11 e 22/09/2017



Tais informações, contudo, são inadequadas para fins da comparação pretendida não apenas em razão da maneira pela qual foi desenvolvida a pesquisa, mas também porque: **1)** considera a média de valores gastos com as três maiores UPAs de Curitiba (denominadas pelo Município como de grande porte) como se fosse a média geral de gastos com todas as UPAs, desprezando o fato de que a UPA CIC, cuja abertura se pretende, é de médio porte e, portanto, com custo menor e **2)** o "orçamento" do Município feito com a OS1 contempla serviços e profissionais em número significativamente menor que aquele verificado na prática vivenciada numa UPA de Curitiba. Senão vejamos.

1- Em leitura do estudo para *"Implantação de Organizações Sociais de saúde na rede de saúde pública - sintético global"* do procedimento administrativo que culminou no edital de chamamento (fl. 128), observa-se que foram feitas combinações referentes aos custos de insumos e de serviços, formando-se quatro cenários distintos (A, B, C e D) - tudo a partir dos dados oferecidos pela O.S. 1, O.S. 2 e FEAES.

Confira-se:



ESTUDO PARA IMPLANTAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

SINTÉTICO GLOBAL - SETEMBRO DE 2017

COMPARATIVO INSUMOS E SERVIÇOS (O.S. CONSULTADA E FEAS)

QUADRO 1 - REAGENTES, MATERIAIS DE BOMBAIO, SERVICOS DE TIPO LABORATORIAIS, OUTRAS DESPESAS	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	COMPARATIVO O.S. CONSULTADA COM VALOR TOTAL DAS UPAS DIVIDIDO PELA QUANTIDADE DE UPAS (R\$) - PORTFOLIO FEAS
	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 246.104,04	R\$ 229.962,47	R\$ 664.773,31

COMPARATIVO INSUMOS E SERVIÇOS (O.S. CONSULTADA E FEAS MÉDIA UPA BV, CJ, SC)

QUADRO 1 - REAGENTES, MATERIAIS DE BOMBAIO, SERVICOS DE TIPO LABORATORIAIS, OUTRAS DESPESAS	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	COMPARATIVO O.S. CONSULTADA COM VALOR MÉDIO DAS UPAS BOA VISTA, CAJURU E SÍTIO CERCADO (R\$) - PORTFOLIO FEAS
	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 246.104,04	R\$ 229.962,47	R\$ 548.811,08

COMPARATIVO QUADROS E SALÁRIOS (O.S. CONSULTADA E FEAS MÉDIA TODAS AS UPAS)

QUADRO 2 - QUADROS E SALÁRIOS	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	COMPARATIVO O.S. CONSULTADA COM VALOR MÉDIO DAS UPAS DIVIDIDO PELA QUANTIDADE DE UPAS (R\$) - PORTFOLIO FEAS
	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 873.739,06	R\$ 1.086.798,23	R\$ 1.476.393,71

COMPARATIVO QUADROS E SALÁRIOS (O.S. CONSULTADA E FEAS MÉDIA UPA BV, CJ, SC)

QUADRO 2 - QUADROS E SALÁRIOS	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	PORTFOLIO CONSULTADA MAPA - SETEMBRO DE 2017	COMPARATIVO O.S. CONSULTADA COM VALOR MÉDIO DAS UPAS BOA VISTA, CAJURU E SÍTIO CERCADO (R\$) - PORTFOLIO FEAS
	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 873.739,06	R\$ 1.086.798,23	R\$ 1.248.771,137

CENÁRIO A - QUADRO 1 + QUADRO 2	PORTFOLIO	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 1.228.847,23	R\$ 1.426.764,29	R\$ 1.815.118,60	R\$ 1.796.393,71

CENÁRIO B - QUADRO 1 + QUADRO 2	PORTFOLIO	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 1.228.847,23	R\$ 1.426.764,29	R\$ 1.815.118,60	R\$ 1.846.899,82

CENÁRIO C - QUADRO 1 + QUADRO 2	PORTFOLIO	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 1.228.847,23	R\$ 1.426.764,29	R\$ 1.815.118,60	R\$ 1.796.393,71

CENÁRIO D - QUADRO 1 + QUADRO 2	PORTFOLIO	PORTFOLIO	PORTFOLIO	FEAS - R\$
	VALOR	VALOR	VALOR	MEDIA TOTAL JAN A JUN 17
TOTAL	R\$ 1.228.847,23	R\$ 1.426.764,29	R\$ 1.815.118,60	R\$ 1.846.899,82

Nos cenários simulados à p. 128 do procedimento administrativo, os valores finais da O.S. 1 e O.S. 2 mantiveram-se os mesmos. Sempre resultaram, respectivamente, em R\$ 1.619.118,60 e R\$ 1.956.445,31.

Em relação à FEAS, porém, os números considerados pela simulação ora tomavam por base o "valor total das UPAs dividido pela quantidade de UPAs", ora o "valor médio das UPAs Boa Vista, Cajuru, Sítio Cercado", aquelas de maior porte (f.



128). Ou seja, ao que tudo indica, o requerido fez cálculos e combinações numéricas até que se chegasse a um resultado que lhe fosse conveniente para "demonstrar" que o custo de manutenção de uma UPA pela FEAES é superior ao de uma Organização Social.

Com a sistemática adotada pelo requerido, observa-se que o valor atribuído como custo da FEAES para gerenciamento de uma UPA porte III no Quadro 4 corresponde ao valor obtido no "cenário D", justamente o mais dispendioso.

Ocorre que, como visto, esse "cenário D" resultou da soma de gastos com insumos e profissionais extraídos da média de gastos das UPAs Boa Vista, Cajuru e Sítio Cercado, vale dizer, daquelas consideradas pelo próprio Município como de grande porte porque prestam maior número de atendimentos (ver p. 31 do edital).

Desprezou o Município de Curitiba o resultado do "cenário A", em torno de R\$ 1.700.000,00, correspondente à média mensal de custos para gerenciamento de todas as UPAs pela FEAES em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e que se aproxima ao valor orçado pela OS1.

Note-se que, a despeito da similitude de valores, ainda assim não se pode considerar que a média mensal de custos de todas as UPAs seja o padrão mais adequado para fins da comparação pretendida.

Isso porque, como já afirmado em linhas



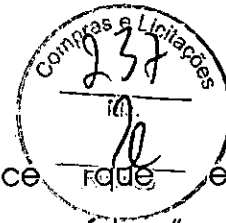
passadas, à exceção da UPA Tatuquara, as demais UPAs têm seu quadro de pessoal composto tanto por servidores públicos municipais, quanto por profissionais contratados pela FEAES (CLT). Essa composição mista é reconhecida expressamente pelo Município no edital como fator determinante para o alto custo das UPAs. Afinal, sabidamente, a despesa para pagamento de servidores estatutários é maior do que com celetistas de mesma categoria profissional.

Por isso, o necessário e adequado seria comparar valores da O.S 1 com os da FEAES na hipótese em que ela gerencia de maneira exclusiva uma UPA, tomando-se, por portanto, como base os valores da UPA Tatuquara.

2- Para além disso, como afirmado à p. 48 do edital, a estimativa de custo de UPA por porte foi feita com base nos valores indicados pela O.S. 1, utilizando-se o *"quantitativo proposto pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para as equipes mínimas por porte (pequena - porte 1, média - porte 2 e grande porte - 3). Para insumos e serviços foi utilizada a descrição dos itens conforme padrão utilizado pela FEAES"*.

O custo total estimado por porte foi discriminado no Quadro 7 (a partir da página 49 do edital).

Ocorre que o quantitativo de pessoal proposto no edital foi subdimensionado; ou seja, o quadro de profissionais previsto mostra-se insuficiente para manter uma UPA em funcionamento.

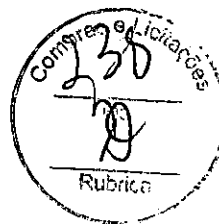


Não se desconhece essa estipulação foi denominada no edital de "equipe mínima" pela Secretaria Municipal de Saúde; porém o que ora se sustenta é a impossibilidade de se tomar como padrão de comparação realidades distintas, isto é, comparar gastos de um universo com menos profissionais com gastos de outro com mais profissionais.

Veja, após efetuar cálculos para encontrar o valor da hora de cada categoria profissional (VHP) segundo informações prestadas pela OS1, a Secretaria Municipal de Saúde simplesmente o multiplicou pelo número de profissionais de cada categoria tal qual previsto em edital para composição da equipe mínima. Dessa maneira, chegou-se a um total de custo com pessoal da O.S. 1 de R\$ 1.078.504,25 (vide tabelas de páginas 49-53 e memória de cálculo à p. 64).

Entretanto, curiosamente, não adotou a mesma metodologia matemática para fazer a comparação com os gastos das UPAs sob o gerenciamento da FEAES, talvez com o intuito de criar uma aparência de vantagem para embasar a chamada do terceiro setor.

Como claramente se vê no Quadro 4 à p. 35 do edital, atribuiu-se à FEAES o valor com gasto de pessoal de R\$ 1.748.731,97 (um milhão, setecentos e quarenta e oito mil, setecentos e trinta e um reais), o que, como demonstrado no item anterior, corresponde à média de gastos, de fato ocorridos, com pessoal das três UPAs de maior volume de atendimento em Curitiba.



Logo, esse valor engloba o que foi dispendido com o número de profissionais que efetivamente trabalham nestas UPAs, montante superior ao previsto como "equipe mínima" no edital, o que será detalhado melhor no capítulo a seguir.

6. O SUBDIMENSIONAMENTO DA "EQUIPE MÍNIMA" PREVISTA NO EDITAL:

O edital de chamamento descreve no Quadro 5 (p. 44-46) o que chamou de equipe de referência, indicando a composição mínima de profissionais para prestarem atendimento na UPA. Dispõe que a contratação da equipe de referência é a **"meta contratual"**, ressaltando que ela **"não equivale ao dimensionamento de pessoal, cabendo à contratada propor quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento das ações e atividades dos serviços"** (p. 43 do edital)

A maneira em que redigida a disposição editalícia deixa evidente que o requerido reconhece que o quantitativo de profissionais estipulado é insuficiente para o bom funcionamento do serviço. Pior, deixa ao alvedrio da Organização Social a definição do quantitativo de trabalhadores, expondo a risco qualitativo e quantitativo as ações e serviços de saúde que decorrerão desse serviço.

Tome-se como exemplo o caso dos



enfermeiros. No edital, exige-se tão somente a contratação de cinco enfermeiros diurnos. A jornada de trabalho dessa categoria é 12x36 (trabalham-se 12 horas e folgam-se 36). Supondo-se que trabalhem, no mínimo, dois enfermeiros por período na UPA - o que é insuficiente diante da necessidade de cumprimento das tarefas descritas às páginas 38-42 do edital - já no terceiro dia de trabalho não haveria profissionais para fechar a escala.

Somente a título comparativo, cita-se que a UPA Tatuquara, a menor das unidades de pronto atendimento da cidade, cujos gastos giram em torno de R\$ 1.300.000,00 e que não dois milhões de reais, conta com 18 enfermeiros. Sucede o mesmo com os técnicos de enfermagem, para os quais há a previsão no edital de 31 profissionais, ao passo que na UPA Tatuquara há 59 (vide documentação referente ao quadro de pessoal das UPAs em anexo)

Com o quadro de pessoal reduzido, não há dúvidas de que haverá prejuízos à qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários e mesmo à higidez dos trabalhadores. O subdimensionamento do quadro de pessoal para gerenciar uma UPA na cidade Curitiba permite cogitar de necessidade de firmar aditivo contratual para "restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro" em razão da contratação de profissionais além do que previsto no edital.

Em resumo: a "equipe de referência", tal qual concebida no edital, não apenas compromete a qualidade da assistência à saúde dos usuários, como também se prestou a servir



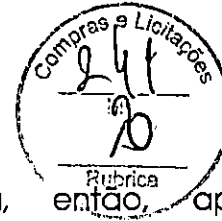
como base para uma equivocada comparação de valores com o escopo de tentar fazer crer que o gerenciamento das UPAs pela FEAES é economicamente menos vantajoso.

7. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS A RESPEITO DOS CÁLCULOS EXPOSTOS NO EDITAL: Inadequação do método utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para encontrar o Valor Hora Profissional pago pela FEAES:

Na memória de cálculo constante do edital (p. 64-67), observa-se que os números referentes à FEAES foram extraídos do Plano Operativo, ou seja, partiu-se de uma previsão de gastos com pessoal, sendo a ela adicionado valor atinente ao provisionamento de horas extras por UPA proporcionalmente ao percentual a que cada categoria profissional corresponde no total de gastos com remuneração.

Para compreender os cálculos feitos pela Secretaria Municipal de Saúde, toma-se como exemplo a situação dos enfermeiros.

Gastou-se a título de remuneração do pessoal da UPA Tatuquara (única integralmente gerenciada pela FEAES e que, portanto, não possui em seus quadros servidores públicos municipais) a quantia de R\$ 840.175,87, da qual R\$ 88.976,49 foi destinada ao pagamento de enfermeiros, o que equivale a 10,59% do total.



A Secretária, então, aplicou esse percentual na média do valor de hora extra por UPA; somou-o ao gasto com enfermeiros, dividiu pela carga horária e número de enfermeiros para supostamente se chegar ao valor hora dessa categoria profissional.

Sucedo que esse raciocínio parte do pressuposto equivocado de que o valor de horas extras segue a mesma proporção que o pagamento da remuneração de determinada categoria, olvidando-se que pode ocorrer, por exemplo, de os profissionais de enfermagem terem feito mais horas extras que médicos, farmacêuticos ou dentistas.

Seria de maior fidedignidade e confiabilidade um levantamento a partir de dados já consolidados, ou seja, trabalhar com o custo efetivamente apurado na média mensal desde o início do ano, ao invés de meras estimativas de gastos, tanto mais quando os dados para apuração fidedigna estão à disposição do Município.

De todo modo, admitindo-se os valores de hora profissional (VHP) atribuídos à OS 1 e FEAES no edital (p. 64), tem-se o seguinte:

CATEGORIA	O.S.1	FEAES
médico	R\$ 135,00	R\$ 147,06
médico horizontal	R\$ 135,00	R\$ 160,24



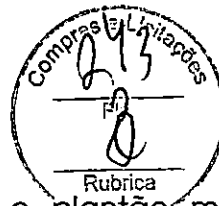
enfermeiro	R\$ 31,37	R\$ 31,22
técnico de enfermagem	R\$ 17,16	R\$ 18,68
odontólogo	R\$ 32,04	
técnico de saúde bucal	R\$ 18,79	
farmacêutico	R\$ 30,45	R\$ 27,40
técnico radiologia	R\$ 30,09	R\$ 42,67

Um ponto que imediatamente chama atenção nessas informações reside no fato de não ter sido indicado o VHP do odontólogo e do técnico de saúde bucal por intermédio da FEAES. A ausência desses dados impede seja feita uma comparação rigorosa dos custos de uma e outra.

Além disso, verifica-se que os valores hora dos profissionais são bem semelhantes, com exceção do valor da hora dos médicos, quando a diferença chega a R\$ 12,00 (no caso de médicos plantonistas diurnos e noturnos) e R\$ 25,00 (para médicos horizontais).

A grande discrepância de valores se deve ao fato de a Organização Social 1 ter atribuído um único valor ao plantão médico (plantão de 12 horas a R\$ 1.620,00 = VHP de R\$ 135,00), pouco importando seja ele prestado durante o dia, durante a noite ou, ainda, se se tratar de médico horizontal (plantão de 6 horas a R\$ 810,00 = VHP de R\$ 135,00).

Ora, é sabido que o trabalho noturno deve ser remunerado com adicional de 50%. Tanto assim que a O.S. 2



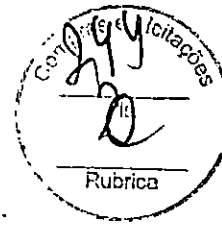
forneceu informações distintas para o plantão médico diurno e noturno. O valor-hora diurna de R\$ 139,44 (semelhante aos R\$ 135,00 da O.S. 1) e para hora noturna R\$ 173,39. Para a FEAES, foi informado um único valor, mas restou consignando na memória de cálculo que ele se tratava de uma média. Considerando-se a média dos valores informados pela O.S 2, chega-se ao VHP de R\$ 156,42, superior ao atribuído à FEAES (R\$ 147,06)

Do jeito em que apresentado o valor do plantão médico pela OS 1, vislumbra-se indícios de que haverá contratação de pessoa jurídica para fornecimento de mão-de-obra médica (quarteirização do serviço), sem assegurar direitos trabalhistas (com riscos ao Município de responsabilidade subsidiária em demandas trabalhistas), sem limitação remuneratória e tampouco fidelização ao serviço público.

8. EXIGÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE CAPACIDADE OPERACIONAL E TÉCNICA AQUÉM DA NECESSÁRIA:

Em manifestação firmada pela Superintendência Executiva da Secretaria Municipal de Saúde à p. 297 do procedimento administrativo, foi justificada a inserção da exigência de atestado de capacidade técnica como:

"condição essencial para que a Secretaria Municipal da Saúde possa avaliar se as Organizações Sociais que têm interesse em se



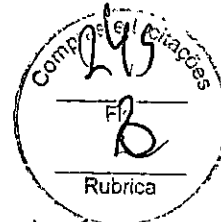
qualificarem possuem condição técnica suficiente para executar os serviços previstos no Chamamento. Face a complexidade do objeto envolvido, a Administração não poderia deixar de exigir atestado, sob pena de, não raro, restar prejudicada a execução do objeto em contento (sic) (...). Destaca-se que atualmente as Unidades de Pronto Atendimento executam aproximadamente 600 atendimentos diários”

Muito embora tenha ciência do volume e da complexidade do serviço a ser prestado, contraditoriamente, estabeleceu como condição da contratação a demonstração pela Organização Social de possuir capacidade operacional e técnica para prestar, no mínimo, 300 atendimentos por dia (p. 36 do edital)

As Unidades de Pronto Atendimento em Curitiba possuem média diária de atendimentos número bem superior a 300, consoante documentação em anexo e reconhecimento expresso pela Secretaria Municipal de Saúde.

Somente a UPA Tatuquara, pelo seu menor porte e talvez por ter sido inaugurada há pouco tempo, é a única que se aproxima dessa média de atendimentos. A UPA CIC, no ano de 2016, quando ainda estava em funcionamento, apresentava uma média de 470 atendimentos por dia.

Se assim é, conclui-se que a exigência posta no edital a respeito da capacidade técnica da Organização Social está aquém da necessária.



E se o tempo resposta é uma qualidade essencial no serviço de urgência e emergência, certamente o requerido não conseguirá atingir o ganho de agilidade e qualidade, declarado no edital como objetivo da contratação de Organização Social. Sequer será mantida a qualidade atual se as exigências postas no Instrumento como requisitos para comprovação da capacidade operacional e técnica são insuficientes para a realidade de uma UPA de Curitiba.

Em virtude da falta de certeza a respeito de a Organização Social a ser contratada reunir condições técnicas e operacionais para gerenciar uma UPA na cidade de Curitiba, coloca-se em risco a qualidade assistencial já alcançada com o gerenciamento efetivado pela FEAES.

9. CONCLUSÃO:

A transferência do gerenciamento de serviços públicos às organizações sociais é uma prática juridicamente admitida e teve sua possibilidade de implementação reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADIN nº 1.923, ainda que não tenha se manifestado especificamente sobre o serviço público de saúde.

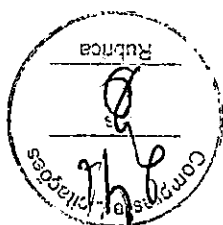
Entretanto, para deixar de executar diretamente o serviço público de saúde, o Poder Público deve obrigatoriamente expor e comprovar tecnicamente a impossibilidade

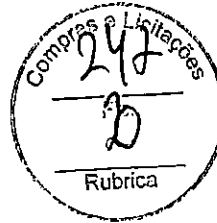
de continuar a fazê-lo, bem como que a escolha pela iniciativa privada é a mais adequada.

Essa é a interpretação que deve ser conferida à expressão complementariedade da iniciativa privada na área da saúde, prevista na Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e também na Lei Estadual nº 18.976/2017.

O Tribunal de Contas da União, inclusive, posicionou-se a respeito do tema, asseverando que "do processo de transferência do gerenciamento dos serviços de saúde para organizações sociais deve constar estudo detalhado que contemple a fundamentação da conclusão de que a transferência do gerenciamento para organizações sociais mostra-se a melhor opção, avaliação precisa dos custos do serviço e dos ganhos de eficiência esperados, bem assim planilha detalhada com a estimativa de custos a serem incorridos na execução dos contratos de gestão" (vide Acórdão 3239/2013).

○ procedimento administrativo municipal, contudo, não cumpriu sua finalidade de comprovar que a organização social é a melhor opção. Longe disso. Mostrou-se superficial, incompleto e equivocado. Amparou-se em premissas e metodologia de cálculos inadequadas para afirmar que os custos para gerenciamento de uma UPA por uma organização social seriam inferiores ao da fundação estatal, quais sejam: a- tomou por base valor médio de custo das três UPAs de maior porte de atendimentos em Curitiba para assim encontrar valor que fosse superior ao cotado pela OS 1; b- estimativa de valor feito pelas Organizações Sociais com





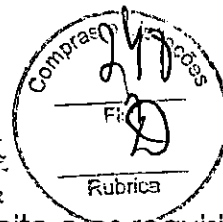
base em quadro de pessoal subdimensionado; c- inadequação da metodologia empregada pela Secretaria Municipal de Saúde para se calcular o Valor Hora Profissional da FEAES por partir de presunções e estimativas, desconsiderando-se dados reais e já consolidados; d- valor especificado pela OS 1 para o plantão médico não faz distinção entre diurno e noturno.

Por tais motivos, não houve a imprescindível demonstração, concreta e técnica, da impossibilidade de o Poder Público Municipal dar continuidade à prestação do serviço público de saúde por si próprio ou por intermédio da fundação estatal.

10. DO PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA:

No intuito de evitar a ocorrência de prejuízos à assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde de Curitiba e eventualmente aos cofres públicos, requer-se, ante o permissivo contido no artigo 300 do Código de Processo Civil, a concessão de tutela de urgência para que se determine ao requerido, **Inaudita altera pars**, a suspensão imediata da tramitação do procedimento do Edital de chamamento público de que trata o Edital de Chamamento nº 01/2017 para seleção de interessados em se qualificarem como Organização Social para gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento em Curitiba.

A tutela de urgência constitui-se em



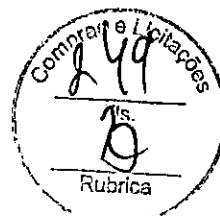
ferramenta de extrema necessidade neste pleito e os requisitos legais para sua concessão fazem-se presentes. Senão vejamos.

A documentação que acompanha esta inicial evidencia satisfatoriamente a probabilidade do direito invocado, demonstrando, com clareza, a inconsistência dos elementos e números utilizados pelo requerido para amparar sua decisão administrativa de contratar Organização Social em substituição à Fundação Estatal de Atenção Especializada à Saúde e à própria Administração Direta.

Comprovou-se, especialmente através de análise do procedimento administrativo e do próprio edital, a ausência de fundamentação adequada e precisa a respeito dos custos e ganhos de eficiência esperados com a transferência do serviço público de saúde para esfera privada. Pode-se mesmo afirmar que as premissas fáticas, especialmente de custo, em que apoiado o Município não correspondem à realidade.

Optar-se pelo setor privado sem demonstrar concretamente a impossibilidade ou desvantagem de o Poder Público prestar o serviço público de saúde, seja diretamente, seja por intermédio da FEAES, contraria o disposto na Constituição Federal, no art. 24 da Lei nº 8.080/90, bem como no art. 4º da Lei Estadual nº 18.976/17. Aí está a satisfação do primeiro requisito do art. 300 do CPC: "quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito"

O periculum in mora – ou perigo de dano



na dicção do mesmo art. 300 - , a seu turno, é evidente, na medida em que o prazo estipulado no edital para entrega dos envelopes para requerimento da qualificação é **29 de novembro de 2017, às 09h00min.** Caso siga adiante o procedimento de seleção, fatalmente ocorrerá a contratação de Organização Social para prestação de serviço de urgência e emergência em Curitiba, consolidando-se uma situação fática flagrantemente inconstitucional e ilegal.

Pior. Haverá risco à assistência à saúde dos usuários, eis que as exigências previstas no edital a título de comprovação de capacidade técnica e operacional, assim como de quantitativo mínimo de pessoal, são insuficientes para manter uma UPA de Curitiba em pleno funcionamento.

Pondere-se, por oportuno, que a concessão da tutela de urgência, na forma em que pleiteada, não ensejará interrupção dos serviços de urgência e emergência nas Unidades de Pronto Atendimento. Antes, pelo contrário. Assim se os garantirá.

Isso porque a UPA CIC encontra-se fechada há praticamente um ano, por desconhecidos motivos, já que há contrato de gestão firmado com a FEAES em vigor, contemplando, dentre suas atribuições, justamente a gerência dessa unidade. Ou seja, seu funcionamento não está na dependência da contratação de uma organização social. Não se pode, portanto, lançar mão desta situação para justificar a contratação, às pressas e sem maiores cautelas, de uma organização social.



Ademais, com o fechamento da UPA CIC ao final do ano passado, seu quadro de pessoal foi redirecionado às demais UPAs, sendo os atendimentos dos usuários distribuídos entre elas, contando-se, inclusive, com o reforço da UPA Tatuquara inaugurada em seguida ao fechamento.

Para a hipótese de descumprimento da decisão, requer-se a estipulação de valor de multa diária em valor a ser fixado judicialmente.

11. DO PEDIDO:

Pelo exposto, requer digne-se Vossa Excelência, após autuada e registrada esta, seja a presente ação recebida com prioridade na tramitação tendo em conta o interesse público na solução do presente litígio, bem como:

a) em sede de tutela de urgência, seja determinado, Inaudita altera pars, ao Município de Curitiba a imediata suspensão do procedimento de seleção de interessados em qualificar-se como organização social desencadeado pelo Edital de Chamamento Público nº 01/2017, sob pena de cominação de multa diária em valor a ser fixado judicialmente, tudo nos termos do art. 300 do CPC.



b. determine-se a citação do requerido para integrar o polo passivo da relação jurídico-processual, dando-lhe oportunidade para, querendo, apresentar resposta ou reconhecer a procedência do pedido, no prazo legal, sob pena de revelia, devendo constar do mandado a advertência do artigo 285, segunda parte, do Código de Processo Civil;

c. seja julgado inteiramente procedente o pedido, de sorte a declarar a nulidade do Edital de Chamamento Público nº 01/2017 e de eventuais atos e contratações dele decorrentes.

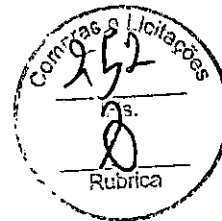
d. observado o disposto no art. 18 da Lei 7.347/85 e o Código de Processo Civil quanto aos atos processuais requeridos pelo Ministério Público;

e. condenado o requerido ao pagamento das custas processuais e demais verbas de sucumbência;

f. o Ministério Público intimado pessoalmente para acompanhar todos os atos praticados no processo civil ora instaurado;

Protesta-se pela produção de todos os meios de prova em Direito admitidos, notadamente, prova testemunhal, documental e pericial.

Dá-se à causa o valor de R\$ 10.000,00



(dez mil reais).

CURITIBA, 23 DE NOVEMBRO DE 2017

ANDREIA CRISTINA BAGATIN

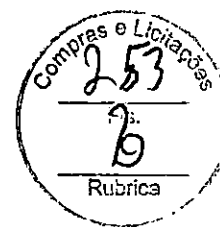
Promotora de Justiça

MARCELO PAULO MAGGIO

Promotor de Justiça

MICHELLE RIBEIRO MORRONE FONTANA

Promotora de Justiça

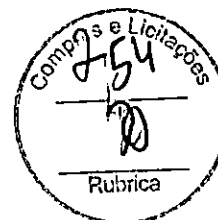


Anexo 03

Decisões judiciais caso UPA
CIC.

Recurso 0001012-04.2018.8.16.0000 - (28 dia(s) em tramitação)

Órgão Julgador: 5ª Câmara Cível
 Relator: Desembargador Carlos Mansur Arida
 Classe Processual: 202 - Agravo de Instrumento
 Assunto Principal: 10064 - Saúde
 Assuntos Secundários: 11851 - Terceirização do SUS
 Matéria: Ações relativas a licitação e contratos administrativos
 Nível de Sigilo: Público
 Urgente: Sim
 Árvore Processual: ☒ Processo: 0005198-92.2017.8.16.0004 - Ação Civil Pública
☒ Recurso: 0001012-04.2018.8.16.0000 - Agravo de Instrumento Cível



Dados do Recurso	Partes	Movimentações	Movimentações no 1º Grau	Apenamentos	Ações Vinculadas
Realizar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor de Justiça ☐ Entidades Remessa ☐ Juiz Recursal ☐ Membro do Ministério Público ☐ Procurador ☐ Servidor Sequencia(Intervalo): de Data do Movimento(Período): Descrição:					

19 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 19

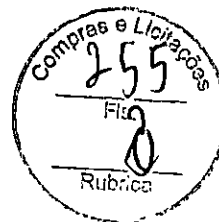
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
19	16/02/2018 09:23:28	LEITURA DE REMESSA AO MINISTÉRIO PÚBLICO REALIZADA Para EDSON LUIZ PETERS em 15/02/2018 com prazo de 30 dias úteis. Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO (05/02/2018)	SISTEMA PROJUDI
18	08/02/2018 11:02:01	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTRARRAZÕES	Luiz Gustavo de Andrade Advogado
17	05/02/2018 14:13:15	REMETIDOS OS AUTOS PARA MINISTÉRIO PÚBLICO Destino: Procuradoria de Justiça Cível - 2º e 6º Grupos. Finalidade: MANIFESTAÇÃO com prazo de 30 dias úteis	Gustavo Kaefer Soares Analista Judiciário
16	05/02/2018 14:03:56	RECEBIDOS OS AUTOS Recebido do(a) MINISTÉRIO PÚBLICO	SISTEMA PROJUDI
15	05/02/2018 14:03:56	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO	Andrea Cristina Bagatin Membro do Ministério Público
14	05/02/2018 00:17:28	LEITURA DE REMESSA AO MINISTÉRIO PÚBLICO REALIZADA Para Andrea Cristina Bagatin em 04/02/2018 com prazo de 30 dias úteis. Referente ao evento DECISÃO OU DESPACHO CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO RECURSO (24/01/2018)	SISTEMA PROJUDI
13	04/02/2018 00:20:26	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Município de Curitiba/PR) em 05/02/2018 com prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 5) DECISÃO OU DESPACHO CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO RECURSO (24/01/2018) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA PROJUDI
12	02/02/2018 16:03:27	JUNTADA DE CIÊNCIA DE COMUNICAÇÃO Ciência da Informação de COMUNICAÇÃO AO JUIZ DE ORIGEM - Referente ao evento de expedição (seq. 9): EXPEDIÇÃO DE COMUNICAÇÃO AO JUIZ DE ORIGEM (24/01/2018)	Guilherme de Paula Rezende Magistrado
11	02/02/2018 10:09:29	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTRARRAZÕES	Michelli Ribeiro Mairone Fontana Membro do Ministério Público
10	25/01/2018 16:01:33	REMETIDOS OS AUTOS PARA MINISTÉRIO PÚBLICO Destino: Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde Pública de Curitiba. Finalidade: MANIFESTAÇÃO com prazo de 30 dias úteis	Jaqueline de Souza Ostroski Ramos Analista Judiciário
9	24/01/2018 19:05:02	EXPEDIÇÃO DE COMUNICAÇÃO AO JUIZ DE ORIGEM (Ao 4ª Vara de Fazenda Pública de Curitiba) Referente ao evento (seq. 5) DECISÃO OU DESPACHO CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO RECURSO (24/01/2018 14:50:32). Identificador do Cumprimento: 0003.	Governia Sounis Dupont-prendi Costa Analista Judiciário
8	24/01/2018 19:02:58	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Município de Curitiba/PR com prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento DECISÃO OU DESPACHO CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO RECURSO (24/01/2018)	Jaqueline de Souza Ostroski Ramos Analista Judiciário
7	24/01/2018 16:32:43	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO	SILVIO ANDRÉ BRAMBILA RODRIGUES Procurador
6	24/01/2018 15:13:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE COMPROVANTE E/OU DOCUMENTO DA PARTE	SILVIO ANDRÉ BRAMBILA RODRIGUES Procurador
5	24/01/2018 14:50:32	DECISÃO OU DESPACHO CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO RECURSO	Desembargador Carlos Mansur Arida Magistrado
4	22/01/2018 14:44:16	CONCLUSOS PARA DESPACHO INICIAL Para Dr(a). Desembargador Carlos Mansur Arida.	Manuela Abrahão Ribas Analista Judiciário
3	22/01/2018 14:44:15	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO Para Dr(a). Desembargador Carlos Mansur Arida. Velocidade no e-DJ em 30/01/2018. Núm. Diário 2191, Pág. 62.	Manuela Abrahão Ribas Analista Judiciário
2	22/01/2018 14:35:01	RECEBIDOS OS AUTOS Recurso Arquivado Nº 0001012-04.2018.8.16.0000	ELISABETH REIMER Analista Judiciário
1	22/01/2018 14:27:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	SILVIO ANDRÉ BRAMBILA RODRIGUES Procurador

0001012-04.2018.8.16.0000

DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

https://projudi.tjpr.jus.br/projudi/processo/recursal/recursp.do?_tj=...

3	22/01/2018 14:44:15	Para Dir(a). Desembargador Carlos Mansur Arida. Veiculado no e-DJ em 30/01/2018, Núm. Diário 2191, Pág. 62.	Analista Judiciário
2	22/01/2018 14:35:01	RECEBIDOS OS AUTOS Recurso Autuado Nº 0001012-04.2018.8.16.0000	ELISABETH REIMER Analista Judiciário
1	22/01/2018 14:27:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	SILVIO ANDRÉ BRAMBILA RODRIGUES Procurador

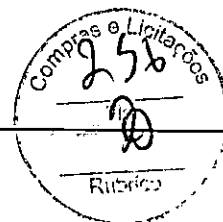




PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ
5ª CÂMARA CÍVEL - PROJUDI

Sala Des. Haroldo da Costa Pinto - Anexo, 1º Andar, 105 - Palácio da Justiça -
CENTRO CÍVICO - Curitiba/PR

Autos nº. 0001012-04.2018.8.16.0000/0



Recurso: 0001012-04.2018.8.16.0000

Classe Processual: Agravo de Instrumento

Assunto Principal: Saúde

Agravante(s): • Município de Curitiba/PR

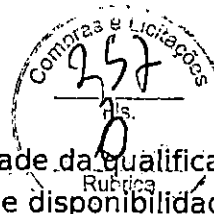
Agravado(s): • PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE PROTEÇÃO À SAÚDE PÚBLICA DE
CURITIBA

Vistos,

Cuida-se de agravo de instrumento interposto por Município de Curitiba contra decisão proferida nos autos de ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público do Estado do Paraná, pela qual o MM. Juiz a quo deferiu a medida liminar pleiteada para o fim de determinar a suspensão do procedimento iniciado pelo Edital de Chamamento Público – Qualificação nº 001/2017 – Secretaria Municipal de Planejamento e Administração, que fora aberto pela Municipalidade com o fito de proceder à qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como Organizações Sociais para atuação complementar na área da saúde municipal.

Em seu decisum, consignou o julgador de origem que, em princípio, não foi demonstrada satisfatoriamente pelo Município de Curitiba a insuficiência de disponibilidades para a prestação do serviço público por si só para, então, se socorrer da atuação complementar de entidades privadas, consoante determina o art. 24 da Lei nº 8.080/1990 e o art. 130 da Portaria de Consolidação nº 1 do Ministério da Saúde. Ressaltou o MM. Juiz que, embora seja lícita a ação complementar de organizações sociais na área da saúde, enquanto não demonstrado esse requisito de insuficiência de disponibilidades, não se revela legítima a adoção dessa alternativa.

Em suas razões de recurso, sustentou o agravante que a decisão agravada merece reforma com base nos seguintes argumentos: (i) o intuito do Município com o Edital de Chamamento Público nº 001/2017 é apenas o de qualificação de entidades privadas que preencham os requisitos da Lei nº 9.637/1998, e não o de pronta contratação; (ii) no procedimento de qualificação é exigida tão somente a comprovação do registro de ato constitutivo da entidade, com as exigências do inciso I do art. 2º, bem como a aprovação do órgão supervisor ou regulador da área



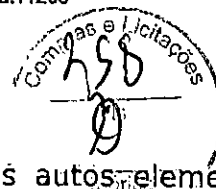
da atividade, especificamente quanto à conveniência e oportunidade da qualificação da entidade como organização social; (iii) a prova da "ausência de disponibilidades" pelo Município, mencionada na decisão recorrida como um dos requisitos para que seja possível a qualificação de entidade como organização social, não pode ser lida no sentido de que deve o serviço público de saúde estar falido para somente aí ser possível a atuação complementar; (iv) a transferência da gestão para uma OS não se dá em caráter subsidiário, mas sim de modo complementar, no sentido de que deve préexistir um serviço público a ser complementado pela OS; (v) o conteúdo da decisão agravada nega vigência ao art. 199, §1º da Constituição Federal; (vi) de acordo com a Lei nº 9.637/1998 a atuação da organização social é na seara do desenvolvimento e fomento da saúde, de modo que não há que se falar em transferência do serviço ou terceirização, mas sim em uma atuação conjunta com o Poder Público; (vii) o art. 24 da Lei nº 8.080/1990 é aplicável ao serviço privado, e não ao serviço público prestado pelo Estado em parceria com a OS, entendimento esse que é pacificado no âmbito administrativo; (viii) o Edital de Chamamento Público nº 001/2017 foi aberto após estudo técnico e prévio, no qual foram apontadas as razões determinantes para a necessidade de qualificação de organizações sociais; (ix) a Secretaria Municipal de Saúde é capaz de atestar a necessidade da qualificação, por ter conhecimento específico acerca da dinâmica de funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), das deficiências existentes, assim como das alternativas viáveis para contorná-las; (x) o estudo técnico realizado foi aprovado por unanimidade e sem ressalvas pelo Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS), que é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo; (xi) consoante já decidiu o Superior Tribunal de Justiça, o administrador público tem discricionariedade para a escolha da melhor opção de prestação de serviço público; (xii) o Tribunal de Contas da União, em suas manifestações, já anunciou a vantagem operacional e financeira para a Administração Pública na parceria do Poder Público com organizações sociais.

Ao fim, arguiu a presença dos requisitos para a concessão de efeito suspensivo ao recurso, com o fim de que seja suspensa a decisão agravada e, assim, permitido o prosseguimento do Chamamento Público de Qualificação.

É o breve relato.

Decido:

1. No juízo de cognição sumária típico do presente momento, verifico a presença dos requisitos ensejadores da concessão de efeito suspensivo ao recurso,



pelo que o defiro, uma vez que é possível depreender dos autos elementos verossímeis capazes de sustentar a regularidade do procedimento de Chamamento Público conduzido pelo Edital nº 001/2017, bem como do risco de mantê-lo estagnado.

1.1. Em princípio, tem-se que o instrumento convocatório veiculou primeiramente uma fase de qualificação de entidades privadas sem fins lucrativos como organizações sociais para eventual contratação, de modo que ainda não se está diante de efetivo contrato de gestão.

Nessa conjuntura, não se revela plausível na fase embrionária do procedimento impor a exigência de que a Municipalidade demonstre a insuficiência de suas disponibilidades para poder se socorrer da atuação complementar de organizações sociais, uma vez que o momento é tão somente de qualificação. A Lei nº 9.837/1998, em seu artigo 2º, já dispõe sobre os requisitos a serem cumpridos pelas Interessadas, dentre os quais não se verifica aquela imposição – os quais, inclusive, encontram paridade no modelo de qualificação contido na legislação municipal (Decreto Municipal nº 1.192/2017).

Ainda que aplicável a exigência de demonstração de insuficiência de disponibilidades, também não se desvela razoável, por ora, que esteja ela atrelada, necessariamente, à ideia de sucateamento ou esgotamento total das disponibilidades públicas para, somente aí, nesse contexto calamitoso, poder ser buscada a complementaridade do serviço público de saúde. Por certo que, caso se alcançasse essa realidade, a situação já se apresentaria por demais trágica – e por que não perigosa também? –, o que é indesejável a nível de prestação de serviço público e de eficiência na administração pública.

No mais, a adoção da alternativa de qualificação de organizações sociais para posterior e eventual contratação está, à primeira vista, no âmbito das decisões políticas do administrador público, o qual é quem pode ponderar sobre a escolha ou não de determinada opção, por estar frente a frente com as demandas sociais e os percalços do serviço público. Tal decisão não pode ser tomada em um âmbito de liberdade desregrada, uma vez que até mesmo as decisões discricionárias precisam respeitar princípios caros à Administração Pública, bem como os limites legais dessa liberdade.

No caso em comento, ao analisar sumariamente o Edital de Chamamento Público nº 001/2017, verifica-se que, em princípio, o Município demonstrou lógica e respeito a esse arcabouço que limita a discricionariedade, ao expor as suas justificativas para a tomada da decisão política de adoção do modelo de complementaridade da saúde, mediante a parceria de entidades privadas sem fins lucrativos, como organizações sociais, e o Poder Público.

Ora, dos termos do estudo técnico preliminar elaborado para embasar o Chamamento Público de Qualificação, é possível entender como plausíveis os motivos arguidos pela Municipalidade, notadamente sobre a necessidade de implementação de um modelo alternativo ao já existente, no tocante específico à UPA – CIC que se encontra fechada por motivo de reforma, como forma de se obter uma experiência com um novo modelo de gestão. Segundo indicou a agravante, não há recursos públicos autorizados em orçamento para a sua reabertura, mas o



retorno de seu funcionamento, por outro viés, revela-se essencial e estratégico, até mesmo para retirar a sobrecarga gerada às outras Unidades de Pronto Atendimento em razão do seu fechamento temporário.

De igual modo se desvela razoável para amparar a abertura do Chamamento Público o fato de o Sistema Municipal de Saúde ter enfrentado um aumento significativo de cadastro de novos usuários do SUS – e, por conseguinte dos atendimentos prestados pelas UPA –, em decorrência da crise econômica que assolou o País e forçou os usuários de planos de saúde a encerrar os seus contratos e, por outro lado, a se valer do serviço público de saúde. Isso sem olvidar que essa mesma crise financeira também acarretou a baixa na arrecadação de impostos, o que importou na diminuição da disponibilidade de recursos públicos para aplicação nos serviços públicos. Ora, essas são consequências lógicas e possíveis de advir desse contexto.

Também foram postos em debate números para alicerçar a opção da Municipalidade, os quais são capazes de anunciar, neste momento ainda que abstratamente – mas não de forma inconsistente –, a existência de vantagem para a Administração Pública Municipal na contratação com organizações sociais, o que se revela suficiente para o momento inicial de qualificação e justificativa de opção por outro modelo de gestão.

Por certo que em eventual contratação, dados mais específicos podem ser apresentados, já que nessa fase haverá a assunção de obrigações, demandando-se, assim, uma maior cautela na delimitação e transparência das possibilidades e disponibilidades financeiras de ambas as partes.

1.2. Ademais, em conjunto com a probabilidade de provimento do recurso, há também o risco de dano grave ou de difícil ou impossível reparação, consistente no fato de que, caso não seja dado prosseguimento ao procedimento de Chamamento Público de Qualificação, para fins de adoção de novo modelo de gestão na UPA - CIC, a prestação do serviço público de saúde continuará sobrecarregada nas demais unidades que acabaram arcando com o fechamento daquela, assim como a população da região abrangida pela UPA - CIC persistirá sem atendimento disponível e de fácil acesso na sua localidade.

2. Destarte, CONCEDO o efeito suspensivo ao presente recurso, para o fim de obstar os efeitos da liminar deferida nos autos de origem e, assim, permitir a continuidade do procedimento do Edital de Chamamento – Qualificação nº 001/2017 – Secretaria Municipal de Planejamento e Administração.

3. Comunique-se com urgência o juízo de origem acerca do teor da presente decisão.

4. Intime-se pessoalmente a parte agravada para que, querendo, responda ao recurso no prazo legal.

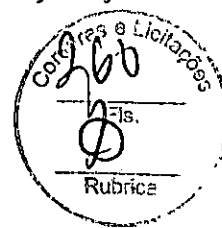
5. Após, remetam-se os autos à douta Procuradoria Geral de Justiça.

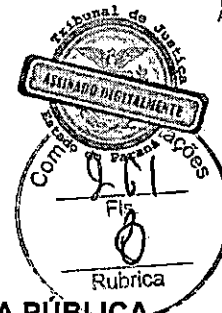
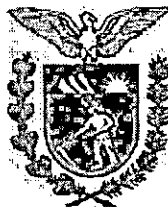
Oportunamente, retornem para apreciação.

Curitiba, 24 de Janeiro de 2018.

Desembargador Carlos Mansur Arida

Relator





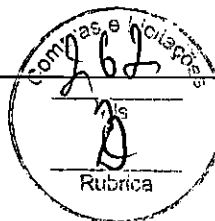
Certificado digitalmente por:
TIAGO GAGLIANO PINTO
ALBERTO

PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA
GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

AUTOS Nº. 0002010-57.2018.8.16.0004

Vistos etc.

1. Trata-se de ação civil pública pelo rito especial, previsto na Lei nº. 7.347/1985, com pedido de tutela provisória de urgência antecipada incidental, proposta pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ** em face do **MUNICÍPIO DE CURITIBA**. *Argumentando, em síntese:* *a)* que o Edital de Chamamento Público nº. 01/2018-SMS objetiva selecionar entidade qualificada como Organização Social para gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs/24hrs do CIC; *b)* que a terceirização dos serviços de saúde viola diversos dispositivos legais e constitucionais, além de colocar em risco a qualidade da prestação de serviço público de saúde; *c)* que a narrativa fática, o objeto e os fundamentos jurídicos são distintos dos autos de nº. 0005198-92.2017.8.16.0004 (o que restou reconhecido pelo Juízo da 4ª Vara da Fazenda Pública no mov. 43); *d)* que é pressuposto da terceirização a comprovação da impossibilidade do atendimento à saúde ser realizado pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES), entidade da administração pública indireta, cujos resultados da gestão se mostram satisfatórios – conjugando a eficiência do atendimento e do custo da unidade gerida exclusivamente pela FEAES, UPA Tatuquara; *e)* que é imprescindível a prévia formulação de estudo comparativo do modelo atual e do modelo de gestão proposto, comprovando-se a impossibilidade de absorção da gestão da unidade pela FEAES; ***propugna pela concessão da tutela provisória de urgência antecipada incidental*** a fim de determinar ao Município de Curitiba a imediata suspensão do trâmite do procedimento de seleção de entidades qualificadas como organização social desencadeado pelo Edital de Chamamento Público nº. 01/2018-SMS, para celebração de contrato de gestão da UPA CIC. Documentos acompanham a inicial (mov. 1).



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

2. Determinada a manifestação prévia do Município de Curitiba/PR (mov. 7).

3. O Município sustentou que a opção do administrador atendeu à legislação vigente, às recomendações do Tribunal de Contas da União (Acórdão nº 2057/2016 – processo TC 023.410/2016-7) e do Ministério da Saúde, além de estar em consonância com o entendimento do STF na ADI 1.923 (mov. 14).

4. Determinada apresentação de estudos sobre as vantagens econômicas da contratação de organizações sociais (mov. 17).

5. O Município de Curitiba/PR apresentou a informação nº. 260/2018, sobre a economia estimada (mov. 31), complementada pela informação nº. 334/2018 (mov. 34.2).

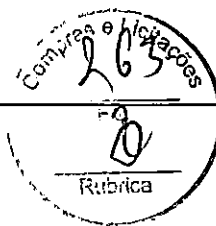
6. O Ministério Público apresentou manifestação, discordando com a eleição da UPA Cajuru como elemento de comparação para a estimativa de economia, o número de postos de trabalho, ajustes realizados na composição dos custos que imputou à FEAES um custo adicional irreal. Impugna, ainda, em razão da contratação do INCS, o edital lançado para fins de preenchimento das vagas da UPA CIC, em razão da diferença de remuneração paga pela FEAES e proposta pela OS (mov. 35). Pleiteia a suspensão do contrato firmado com o Instituto Nacional Ciências da Saúde – INCS.

7. O Município de Curitiba apresentou nova manifestação rebatendo os argumentos ministeriais (mov. 39).

8. O Sindicato dos Médicos no Estado do Paraná (SIMEPAR) requereu sua habilitação como assistente (mov. 40) e informação sobre a propositura de mandado de segurança para obtenção de informações (mov. 41.3).

9. É o relatório. Passo a decidir.

10. Para a concessão da tutela provisória de urgência é imprescindível a existência de elementos probatórios que demonstrem a



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

probabilidade do direito invocado na inicial e, além disso, a existência de elementos que apontem para a possibilidade concreta de risco de dano ou de risco ao resultado útil do processo.

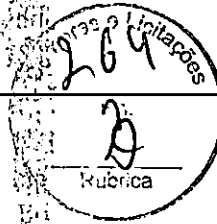
11. Isso é o que se extrai do artigo 300 do CPC/2015: “Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.”. Tal dispositivo é aplicável às ações civis públicas, ante o que dispõe o artigo 19 da Lei nº. 7.347/1985 (“Art. 19. Aplica-se à ação civil pública, prevista nesta Lei, o Código de Processo Civil, aprovado pela Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973, naquilo em que não contrarie suas disposições.”).

12. A respeito da tutela provisória de urgência, leciona Fredie Didier Junior: “A tutela provisória de urgência pode ser cautelar ou satisfativa (antecipada). Em ambos os casos, a sua concessão pressupõe, genericamente, a demonstração da probabilidade do direito (tradicionalmente conhecida como “fumus boni iuris”) e, junto a isso, a demonstração do perigo de dano ou de ilícito, ou ainda do comprometimento da utilidade do resultado final que a demora do processo representa (tradicionalmente conhecido como “periculum in mora”) (art. 300, CPC). Percebe-se, assim, que “a redação do art. 300, caput, superou a distinção entre os requisitos da concessão para a tutela cautelar e para a tutela satisfativa de urgência, erigindo a probabilidade e o perigo na demora a requisitos comuns para a prestação de ambas as tutelas de forma antecipada” (enunciado n. 143 do Fórum Permanente de Processualistas Civis). (...) A tutela provisória de urgência satisfativa (ou antecipada) exige também o preenchimento de pressuposto específico, consistente na reversibilidade dos efeitos da decisão antecipatória (art. 300, §3º, CPC), como adiante se abordará. (...)”¹.

13. Da análise das linhas argumentativas aventadas na inicial, não vislumbro, ao menos neste juízo de cognição sumária, a presença de ambos os requisitos necessários para o deferimento da tutela provisória de urgência pleiteada.

14. O Ministério Público defende a interpretação restritiva do texto constitucional no que tange à forma de prestação dos serviços de

¹ DIDIER JUNIOR, Fredie; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael Alexandria de. Curso de direito processual civil. 10ª ed. Vol. 2. Salvador: Juspodivm, 2015, p. 594-595.



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

saúde pelo Estado. Pretende que a execução dos serviços seja realizada diretamente por órgãos ou pessoas jurídicas estatais, cuja complementação pela iniciativa privada depende de demonstração de insuficiência das disponibilidades públicas para a garantia direta da cobertura assistencial à saúde (*CF art. 199, § 1º; Lei 8.080/90, art. 24; e Portaria de Consolidação nº. 1/2017, do Ministério da Saúde, art. 130² e Lei Estadual nº. 18.976/2017, art. 4º³*).

15. Consigna, como pressuposto para que haja a terceirização dos serviços de saúde, que a municipalidade comprove a impossibilidade de o atendimento à saúde ser realizado pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAES), pessoa jurídica de direito privado integrante da Administração Pública indireta.

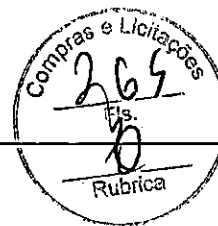
16. Nos termos da inicial, descreve o atual sistema de saúde municipal em Curitiba. Em suma, a Rede de Urgência e Emergência é composta por nove UPAs, quais sejam, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Campo Comprido, CIC (inativa desde 2016), Fazendinha, Pinheirinho, Sítio Cercado e Tatuquara.

² Art. 130. Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º).

³ Art. 4º A participação complementar das pessoas jurídicas de direito privado no SUS, no âmbito do Estado do Paraná, dependerá de prévia avaliação técnica por meio de Laudo de Avaliação, elaborado por comissão de avaliação designada pela Secretaria de Estado da Saúde, que atestará pela necessidade de ampliação e complementação da cobertura assistencial de saúde aos usuários do SUS.

§1º Ficará caracterizada a necessidade de complementação quando as disponibilidades já ofertadas de ações e serviços de saúde forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial aos usuários do SUS de uma determinada Regional de Saúde, ficando a cargo da Secretaria de Estado da Saúde promover os meios necessários para complementar a oferta com ações e serviços privados de assistência à saúde, desde que:

I - comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde; e
II - haja a impossibilidade de ampliação das ações e serviços públicos de saúde pela Administração que compreendem os próprios e os já existentes contratualizados ou decorrente de outros convênios ou instrumentos congêneres.



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

17. A gestão atual das unidades de pronto atendimento, com exceção da UPA Tatuquara, é administrada em conjunto pela FEAES e Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

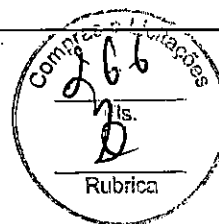
18. Nas UPAs coadministradas pela FEAES e SMS há divisão de atribuições: *“sendo que os profissionais médicos e alguns contratos de prestação de serviços são de responsabilidade da FEAES e a equipe de enfermagem e alguns insumos, materiais e outros contratados são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde”* (mov. 1.16, pdf. 15, fl. 33 - procedimento administrativo nº. 01.045264/2018).

19. Na UPA Tatuquara, em funcionamento desde o mês de maio de 2017, a unidade é gerida pela FEAES, ressalvado o serviço de limpeza, a cargo do Município de Curitiba/PR.

20. Até agosto de 2017, antes da aprovação da Lei Municipal nº. 15.065, diante dos excelentes resultados do modelo da UPA Tatuquara, o planejamento municipal intencionava a sua extensão para as demais UPAs (*contrato de gestão nº. 336/2015, item G – mov. 1.1, p. 11*).

21. A proposta do Município de Curitiba/PR é a implantação do contrato de gestão, por meio de organizações sociais, no sistema de saúde municipal, com fundamento na Lei Municipal nº. 9.226/97 (que *“dispõe sobre as entidades qualificadas como organizações sociais, cria o programa municipal de publicização, a comissão municipal de publicização e dá outras providências.”*). A viabilidade do uso do instrumento legal é objeto do procedimento administrativo nº. 01.045264/2018 (mov. 1.15 e ss – estudo técnico fls. 16 e ss). Tal é a razão do procedimento de qualificação de entidades como organizações sociais (Edital nº. 01/2017 – objeto da ação 0005198-92.2017.8.16.0004) e o procedimento para firmar contrato de gestão (Edital nº. 01/2018), este ora objurgado.

22. Em específico, o objeto do edital de chamamento nº. 01/2018 é a *“Seleção de Entidade Qualificada como Organização Social no âmbito do Município de Curitiba na área da Saúde, para gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento – UPAS/24 hs, em Atenção às Urgências e*



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

Emergências, para celebrar Contrato de Gestão com o objetivo de prestar serviços técnicos especializados de gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento CIC - UPA CIC, conforme especificações técnicas que constam no Termo de Referência, termos do Contrato de Gestão e demais anexos, partes integrantes deste edital” (mov. 1.2).

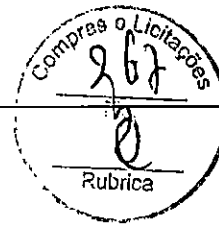
23. A saúde é consagrada no âmbito constitucional como um direito fundamental do cidadão. É direito de todos e dever do Estado (CF 196⁴). Cumpre, assim, à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios programarem políticas públicas, mediante ações e serviços de saúde, direcionadas ao cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade e igualdade de acesso e integralidade do atendimento (promoção, proteção e recuperação).

24. O serviço de saúde se enquadra, assim, como serviço público essencial, tendo como responsável pela sua prestação o Estado, devendo sua execução se realizar direta ou indiretamente (CF 197), mas cuja atuação é livre à iniciativa privada (CF 199), inclusive de forma complementar (CF 199, § 1º).

25. É de se verificar, dentro do sistema jurídico, quais as exigências a serem preenchidas para que o administrador opte por outros modelos de gestão que não a execução direta da prestação dos serviços de saúde. Em outras palavras, como deve ser entendida a complementariedade da prestação do serviço por particulares, principalmente em atenção à atual dimensão da sociedade.

26. Oportuno lembrar, assim, as linhas traçadas pela reestruturação da atuação do Estado decorrente da chamada “Reforma Publicista”. O jurista Marcos Juruena Villela Souto sintetiza seus principais aspectos: “A idéia de Estado concebida pela Revolução Francesa, mais que implantar a Separação de Poderes, marcou o advento do Estado Liberal, definindo o fim do Estado mercantilista e estabelecendo a limitação de suas

⁴ CF Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

funções à preservação da liberdade individual e da segurança do território. Por óbvio, desconheceu-se a diferença entre indivíduos, o que levou o uso da liberdade a se transformar em instrumento de dominação dos mais fortes sobre os mais fracos. Com antídoto, surge o Estado intervencionista, assistencialista, que, desconhecendo a propriedade privada e livre iniciativa, tomou para si a tarefa de produção de riqueza e repartição pela sociedade. Desconhecendo os mecanismos de concorrência, que fazem a comunicação entre fornecedor e consumidor, deu-se o fracasso desse modelo. Surge o Bem-Estar, que, equidistante de ambos, busca acolher elementos do Estado Liberal e do Estado intervencionista. Tal modelo, contudo, incorporou estruturas estatais excessivas e caras para o atendimento da sociedade, alargando em muito o papel, o tamanho e o custo da máquina estatal, gerando um cenário de mau atendimento e insatisfação. Todo esse quadro, porém, encontra-se em fase de debates no Congresso Nacional, que já sedimentou boa parte das reformas para adequação dos instrumentos jurídicos e administrativos a um contexto de globalização. Busca-se um Estado eficiente, com menos custos e melhores resultados, a fim de que seja capaz de atrair recursos privados para o desenvolvimento.”⁵

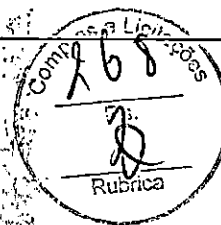
27. Esse movimento do Estado estimulou o desenvolvimento das atividades do terceiro setor da economia.

28. O terceiro setor é marcado pela presença de entidades de natureza privada, sem fins lucrativos, que, por exercerem atividades de interesse social e coletivo, recebem incentivos do Estado. Colaboram ou cooperam com o Estado, mas não integram a administração. Atuam ao lado da administração.

29. Seguindo a linha da reforma administrativa e modernização do Estado, iniciada em 1995, com a finalidade de atribuir eficiência à atuação estatal e realização dos programas constitucionais, o legislador introduziu no ordenamento o Programa Nacional de Publicização, por meio da Lei Federal nº 9.637/98.

30. A instituição da figura das organizações sociais, qualificação dada às entidades que preenchem os requisitos da lei, teve como escopo a criação de instrumentos para o redirecionamento da

⁵ SOUTO, Marcos Jurueña Villela. *Desestatização: privatização, concessões, terceirizações e regulação*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001, p. 11.



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

prestação de certos serviços públicos (não exclusivos do Estado), numa atuação estatal indireta, fomentando a participação do particular. Assim dispõe o art. 1ª da Lei Federal nº. 9.637/98: *“O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei”*.

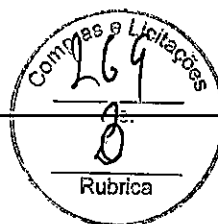
31. Tradicionalmente, o entendimento predominante da doutrina obstava a participação da iniciativa privada no serviço público social de saúde, por meio de parcerias público-privadas, sob o argumento de ser dever estatal a sua prestação direta. Entre outros, este foi um tema debatido na ação declaratória de inconstitucionalidade da Lei Federal nº. 9.637/98.

32. No julgamento da ADI nº. 1.923/DF⁶, a Corte Suprema atribuiu interpretação conforme aos dispositivos impugnados, para estabelecer ao administrador balizas na utilização das normas de fomento dos atores privados na prestação de serviços sociais, em suma, para que seja observada a forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF: (i) no procedimento de qualificação; (ii) na celebração do contrato de gestão; (iii) nas 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); (iv) nos contratos a serem celebrados pela Organização Social com terceiros, com recursos públicos; (v) na seleção de pessoal pelas Organizações Sociais, com obrigatoria sujeição, da aplicação de verbas públicas, ao controle pelo Ministério Público e pelo TCU.

33. Ressaltou o Supremo Tribunal Federal a importância do fomento público no domínio dos serviços sociais, inclusive de atenção à saúde, com inserção de metas e de resultados a serem alcançados, sem

⁶ ADI 1.923/DF, Rel. Min. Ayres Britto, Rel. p/ Acórdão Min. Luiz Fux, Tribunal Pleno do STF, julgamento em 16/04/2015.





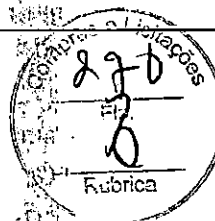
PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA

GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

que a atuação do particular caracterize renúncia aos deveres constitucionais de atuação do Estado.

34. Destaco, porque pertinente, a abertura levada a efeito, no sentido de reconhecer ao administrador público, presentes critérios indicativos de eficiência da atuação privada, a discrecionariade pela gestão indireta do serviço público de saúde, por meio de fomento. Neste sentido, oportuno a transcrição de parte do voto do E. Min. Luiz Fux: *“Em outros termos, a Constituição não exige que o Poder Público atue, nesses campos, exclusivamente de forma direta. Pelo contrário, o texto constitucional é expresso em afirmar que será válida a atuação indireta, através do fomento, como o faz com setores particularmente sensíveis como saúde (CF, art. 199, §2º, interpretado a contrario sensu – “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”) e educação (CF, art. 213 – “Os recursos públicos serão destinados às escolas públicas, podendo ser dirigidos a escolas comunitárias, confessionais ou filantrópicas, definidas em lei, que: I - comprovem finalidade não-lucrativa e apliquem seus excedentes financeiros em educação; II - assegurem a destinação de seu patrimônio a outra escola comunitária, filantrópica ou confessional, ou ao Poder Público, no caso de encerramento de suas atividades”), mas que se estende por identidade de razões a todos os serviços sociais. Disso se extrai que cabe aos agentes democraticamente eleitos a definição da proporção entre a atuação direta e a indireta, desde que, por qualquer modo, o resultado constitucionalmente fixado – a prestação dos serviços sociais – seja alcançado. Daí porque não há inconstitucionalidade na opção, manifestada pela Lei das OS’s, publicada em março de 1998, e posteriormente reiterada com a edição, em maio de 1999, da Lei nº 9.790/99, que trata das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, pelo foco no fomento para o atingimento de determinados deveres estatais.” (...)* Como se viu mais acima, a moldura constitucional da atuação do Estado nos setores mencionados pela Lei permite a opção tanto pela prestação direta como pelo fomento, desde que, invariavelmente, a Administração Pública seja controlada do ponto de vista do resultado, sendo por isso válida, em abstrato, a instituição de um marco legal definidor do regime jurídico a ser seguido no modelo de fomento. Ora, se, portanto, seria válida no futuro a escolha pela intervenção através do fomento, não há como enxergar qualquer óbice a que a Lei optasse por fazê-lo pontualmente, desde logo, com relação aos dois setores ocupados pelas referidas entidades. Em outras palavras, cada decisão gerencial de utilização do regime do fomento através do contrato de gestão, após a edição da Lei, representa, simultaneamente, o afastamento da via da criação de entidades



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

públicas para a intervenção direta e a escolha pela busca dos mesmos fins através da indução e do fomento de atores privados. O que fez a Lei em seu art. 21, assim, foi apenas conjugar essas duas decisões em um único dispositivo, submetendo a qualificação e a celebração do contrato de gestão às demais normas do diploma legal. Assim, reputar tal dispositivo inconstitucional, com a devida vênia, seria sobremodo incoerente com a chancela do marco legal das Organizações Sociais, porquanto o fator tempo na opção política pelo modelo de fomento – se simultaneamente ou após a edição da Lei, portanto – não parece ser de qualquer modo relevante para aferir a sua conformidade com a Constituição.” (p. 62 e 65, do inteiro teor do acórdão da ADI 1.923/DF).

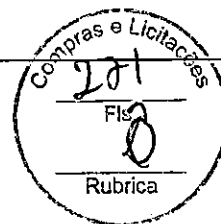
35. Na linha de inteligência da interpretação em sede constitucional, é dado ao gestor público, levando em conta a possibilidade de maior eficiência na garantia do direito à saúde pela prestação de atores privados, optar pela realização de parcerias público-privadas.

36. O fim último é o de garantir a máxima efetividade do comando constitucional que assegura a todos a integral e adequada prestação dos serviços de saúde. Ou seja, o objetivo a ser perseguido pelo administrador público é a máxima efetivação dos direitos fundamentais na prestação dos serviços sociais, seja na prestação direta ou indireta.

37. Em análise superficial, a interpretação a ser dada à complementariedade presente na legislação infraconstitucional, consentânea à diretriz do Supremo, é de que, para se admitir a prestação dos serviços de saúde por entes particulares, é dispensável a comprovação de incapacidade de o Poder Público fazê-lo.

38. Neste prisma, a implementação do contrato de gestão, que conjuga interesses do Poder Público e de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, visa o aprimoramento dos serviços de saúde, diante da agilidade e flexibilidade que norteiam o regime jurídico privado, para efetivação do direito constitucional à saúde.

39. Há, portanto, na hipótese de celebração, entre Estado e organização social, de “contrato de gestão”, a presença de interesses



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

não só recíprocos, como convergentes, aqui, a atenção à saúde da população, justamente porque a entidade privada tem, obrigatoriamente, objetivos de natureza social e finalidade não lucrativa (*alíneas "a" e "b" do inciso I do art. 2º da Lei nº. 9.637/98*). Sem tais objetivos e finalidades, em consonância integral ao interesse do Poder Público, sequer pode a instituição estar qualificada como organização social.

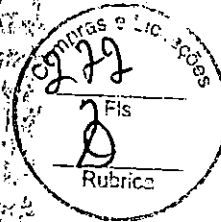
40. A responsabilidade constitucional do Estado no dever da adequada e efetiva prestação dos serviços de saúde não é afastada nem minorada pela formalização de contrato de gestão, que delega a execução dos serviços de saúde. Haverá, sim, uma mudança na forma de gerenciamento do sistema, focado no atingimento de metas e resultados, quantitativos e qualitativos.

41. Do que consta nos autos, em princípio, é essa a diretriz que observo na atuação da administração municipal. Pretende implantar o sistema de gestão por meio de organização social para analisar sua adaptabilidade à realidade curitibana, em vista de fomentar o modelo que mais se adequa aos objetivos sociais da saúde da população.

42. Superada a questão da inexistência de requisito de comprovação da incapacidade da execução do serviço de saúde pelo Poder Público, outro ponto de relevo na controvérsia é a questão econômica que envolve a opção do administrador local.

43. O Ministério Público sustenta a invalidade dos comparativos contidos no estudo técnico que ampara a decisão de contratação de organização para a prestação de serviços públicos de saúde. Considera que a avaliação de custos para justificar a opção pelo contrato de gestão deve ter como base aquela gerenciada com exclusividade pela FEAES, pois é a unidade de menor custo atual para administração.

44. Argumenta que os procedimentos administrativos que ampararam os editais de chamamento estavam desacompanhados da cotação dos serviços que fundamentaram a memória de cálculo dos



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

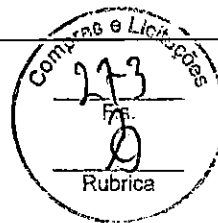
custos, resultado de pesquisas efetuadas pela SMS junto a Organizações Sociais (mov. 1.1, p. 21), documentos obtidos pelo órgão ministerial diretamente com as entidades.

45. Aponta a superficialidade das cotações, sendo que nenhuma das que apresentaram cotação atua no Estado do Paraná. Além disso, destaca que as informações são inadequadas porque a pesquisa: *“1) considera a média de valores gastos com as três maiores UPAs de Curitiba (denominadas pelo Município como de grande porte) como se fosse a média geral de gastos com todas as UPAs, desprezando o fato de que a UPA CIC, cuja abertura se pretende, é de médio porte e, portanto, com custo menor e 2) o “orçamento” do Município feito com a OSI contempla serviços e profissionais em número significativamente menor que aquele verificado na prática vivenciada numa UPA de Curitiba.”* (mov. 1.1, p. 23). Em sua análise do quadro *“SINTÉTICO GLOBAL – SETEMBRO DE 2017”* (mov. 1.17, pdf 18, p. 56), complementa que, *“ao que tudo indica, o requerido fez cálculos e combinações numéricas até que se chegasse a um resultado que lhe fosse conveniente para “demonstrar” que o custo de manutenção de uma UPA pela FEAES é superior ao de uma Organização Social”* (mov. 1.1, pdf 25).

46. Afirma que o quantitativo de pessoal para cotação do preço foi subdimensionado, sendo insuficiente para a execução dos serviços de saúde na unidade (mov. 1.1, pdf 30-35), e rejeita o modelo paradigma utilizado, que levou em conta custo de contratos celetistas (FEAES) e estatutários (SMS).

47. Por fim, impugna a meta quantitativa fixada no edital de chamamento público, que se mostra aquém do número de atendimentos pela análise realizada da tabela de atendimentos médicos das UPAs, nos anos de 2016 e 2017 (mov. 1.1, pdf 37-38), o que poderá onerar o contrato (em caso de serem prestados mais atendimentos do que o máximo previsto), ou prejudicar a população (pelo cumprimento estrito da meta fixada).

48. Inicialmente, é de se frisar a imprescindibilidade da atuação ministerial, e da própria população, na fiscalização do atuar da administração pública, em busca da maior efetividade e presteza de seu



PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA
GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

desempenho nas competências constitucionalmente que lhe são atribuídas.

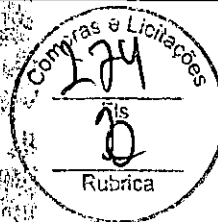
49. Por outro lado, os apontamentos lançados na inicial, pelos documentos colacionados aos autos, são insuficientes para, em análise perfunctória, reconhecer ilegalidade na opção do administrador público pela instituição de contrato de gestão em uma das unidades de pronto atendimento de Curitiba.

50. A análise superficial do procedimento administrativo nº. 01.045264/2018 e do Edital de Chamamento Público nº. 001/2018, sugere que o administrador municipal possui motivos coerentes e justificáveis⁷ para a escolha de um terceiro modelo de gerenciamento para a prestação dos serviços de saúde, fundado no estudo técnico que o embasa (mov. 1.15, pdf 17 e ss).

51. A notoriedade da crise econômica brasileira, vivenciada ainda hoje no país, impacta inevitavelmente o sistema de saúde, tanto no custo da prestação dos serviços (inversamente proporcional à arrecadação tributária), como no aumento da procura dos usuários, que com o desemprego em alta, tem no SUS, *id quod plerumque accidit*, o único meio para o seu tratamento. Esse é um argumento condizente do município para a busca de alternativas aos modelos atuais, visando uma gestão mais dinâmica.

52. No que tange à eleição da UPA Porte III (segundo a classificação do Ministério da Saúde) para o estudo comparativo realizado, a administração se utiliza de critério objetivo, observado o porte de unidade que, segundos os técnicos de saúde, melhor reflete a estrutura da UPA CIC (acomodações e provável número de atendimentos segundo o histórico anterior ao seu fechamento). O resultado do estudo consta do quadro abaixo:

⁷ Aqui analisados enquanto modelos epistemológicos (o da coerência e o da justificação). A esse respeito: HAACK, Susan. *Evidence and Inquiry. Towards Reconstruction in Epistemology*. Oxford. Blackwell Publishers, 1995.



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

Quadro encontrado no mov. 1.16, fl. 33.

Quadro 4: Comparativo entre custos de UPA porte III da rede municipal de saúde de Curitiba e estimativas de UPA pesquisadas no mercado, 2017			
UPA PORTE III	O.S. 1 COTAÇÃO SET 17	O.S. 2 COTAÇÃO SET 17	FEAES+SMS MÉDIA TOTAL JAN A JUN 17
MEDICAMENTOS, MATERIAIS DE CONSUMO, SERVIÇOS DE TERCEIROS, OUTRAS DESPESAS	R\$ 540.614,35	R\$ 778.514,55	R\$ 348.811,48
PROFISSIONAIS	R\$ 1.078.504,25	R\$ 1.179.930,76	R\$ 1.748.731,97
TOTAL	R\$ 1.619.118,6	R\$ 1.958.445,31	R\$ 2.097.543,45

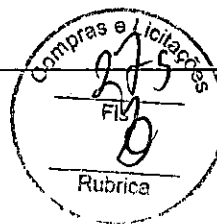
COMPARATIVO PERCENTUAL ENTRE FEAES+SMS E O.S. CONSULTADAS NO MERCADO	O.S. 1 VERSUS FEAES+SMS	O.S. 2 VERSUS FEAES+SMS
	-29,5%	-7,1%
FONTE: UPA município de Curitiba – média dos valores do primeiro semestre de 2017/ FEAES UPA outras localidades – cotações de mercado realizadas entre 11 e 22/09/2017		

53. Neste contexto, os critérios explicitados para a composição dos custos prováveis do gerenciamento pela OS são objetivos (medicamentos, materiais de consumo, serviços de terceiros, outras despesas e profissionais – mov. 1.16, fl. 33), sendo a opção aparentemente vantajosa, visto a inatividade da unidade CIC, o incremento da população usuária (migrada de planos de saúde) e a reduzida burocracia no que concerne a contratação de entidade privada qualificada como organização social – regida pelo regime privado, temperado pela obediência à atuação de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do art. 37 da CF.

54. Não compreendo que, pelas especificidades técnicas e variáveis que compõem a análise do custo de gerenciamento de uma unidade de saúde, deva ser imposto comparativo com unidade outra, de menor porte, como entende o Ministério Público, apenas por ser gerenciada exclusivamente pela FEAES (UPA Tatuquara). Isso porque não se pode pressupor um cálculo matemático simplista entre o volume de atendimentos e o custo total da unidade. As variáveis são mais ricas do que um cálculo incipiente poderia sugerir.

55. Sobre a pesquisa mercadológica realizada pela municipalidade, os esclarecimentos prestados pelo ente municipal são satisfatórios: *“Sua inclusão atende ao disposto no Artigo 26 do Decreto*





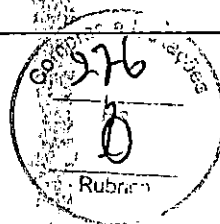
PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

Municipal nº 1192, de 30 de junho de 2017, conforme discriminado no item c deste documento. Buscou-se orientação nos princípios da Lei 8.666/93, para a realização da pesquisa, com a apresentação de média entre as fontes consultadas, no caso presente, três contratos de gestão vigentes em diferentes locais do país, referentes a UPA de porte similar ao da UPA CIC, e orçamento estimativo elaborado pela FEAES para a UPA CIC. Seguindo o disposto na Portaria de Consolidação número 3 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, Artigos 70 ao 93, que tratam das diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Origem: PRT MS/GM/10/2017), foram pesquisados contratos de gestão referentes à UPA com a mesma classificação da UPA CIC. Cabe ressaltar que a classificação segue critérios estabelecidos na norma citada, válidos para todo o território nacional, independente das especificidades dos municípios (tais como número de habitantes, índice de desenvolvimento humano, renda e educação). Os contratos sob gestão municipal e estadual pesquisados referem-se à UPAS localizadas nos municípios de Fortaleza e Caxias do Sul. O município de Fortaleza com 2.627.482 habitantes (estimativa IBGE-2017) e Caxias do Sul com 483.377 habitantes (estimativa IBGE-2017), ambos com porte relevante." (mov. 14.5, pdf.15). Não existem elementos concretos nos autos, nesta fase inicial, que possam desconstituir as informações do estudo técnico.

56. No mesmo sentido segue a impugnação acerca da meta de atendimentos fixada. Diante do relatório de monitoramento da urgência e emergência, datado de 03/04/2018, elaborado pelo núcleo de monitoramento e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde (mov. 14.5, pdf 17), concluo, em análise superficial, pela adequação da meta mensal adotada no contrato de gestão. Ou seja, o número de atendimentos previstos condiz com a realidade das UPAS Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Campo Comprido, Fazendinha e Sítio Cercado, todas classificadas na Opção VIII pelo Ministério da Saúde.

57. Sobre o modelo de contratação de profissionais da saúde, não há nos autos elementos que indiquem ilegalidade no procedimento de contratação. O fato de o valor da remuneração ser inferior ao que é pago para os profissionais da FEAES não é motivo para presumir a



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

deficiência dos serviços a serem prestados pelos profissionais contratados (mov. 35).

58. Juízos subjetivos e suposições não podem dar ensejo ao reconhecimento prévio da inviabilidade de uma estrutura de gestão, apenas porque inovadora dentro da realidade da administração pública.

59. Os indícios de incorreção nas análises de custo do contrato de gestão, supostamente tidas como cometidas pelo Município, sem elementos concreto de aferição, não têm o condão de inferir pela sua atuação desconforme com a lei e com os objetivos da administração.

60. Também não foram apresentados elementos palpáveis de risco à qualidade dos serviços a serem prestados.

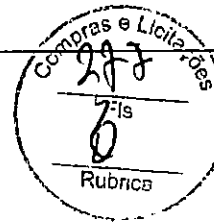
61. As questões assinaladas nos itens anteriores, aliás, poderão ser deslindadas à conta da regular marcha processual, com ampla dilação probatória. Por ora, não há elementos para desconstituir os dados e variáveis existentes nos autos.

62. Compreendo, por outro lado, que o Município de Curitiba/PR logrou êxito em demonstrar, neste momento inicial, a probabilidade de economia anual de R\$563.865,84 (mov. 34.2, pdf 3 e 31.2).

63. Ademais disso, é relevante e idônea a intenção do gestor público de avaliar, dentro dos modelos disponíveis de gestão de unidades de pronto atendimento (FEAES, misto (FEAES+SMS) e OS), qual a que mais se adequa as características e necessidades dos usuários da saúde municipal. Tudo, repiso, sob os olhos atentos tanto dos órgãos de controle, como do Ministério Público e da própria população.

64. De outro vértice, vislumbro o *risco inverso*.

65. O resultado inevitável do acolhimento do pleito de urgência do Ministério Público é o fechamento da unidade de pronto atendimento do CIC. Eis o dano inverso.



PODER JUDICIÁRIO

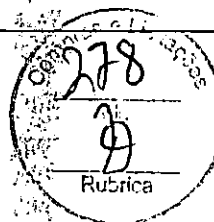
COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

66. A prolongação da privação da população local do atendimento à saúde, mantendo-a desamparada, não coaduna com a garantia constitucional de prestação de assistência à saúde.

67. Na ideia de que o administrador municipal tem liberdade de optar, dentro da legalidade, por diversos instrumentos para a execução de políticas públicas, impedir a inovação do sistema de gerenciamento administrativo é obstar o aprimoramento da prestação dos serviços públicos.

68. Dentro da lógica do ordenamento, em sendo o contrato de gestão compatível com a prestação do serviço social de saúde, em havendo aparente redução de custos, e reestabelecido o atendimento em local carecido de assistência, não há razão para a concessão do pleito de urgência.

69. O Tribunal de Justiça do Paraná, analisando a matéria no que concerne ao edital de chamamento nº. 001/2017, para fins de qualificação de organizações sociais (procedimento prévio à contratação), na mesma linha aqui adotada, reconheceu a aparência de idoneidade da opção do gestor administrativo pela OS: Na realidade envolvida, também consignou o relator, E. Des. Carlos Mansur Arida, a presença de dano inverso na hipótese de manutenção de anterior liminar: **“AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. IMPUGNAÇÃO DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2017 LANÇADO PELO MUNICÍPIO DE CURITIBA PARA QUALIFICAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS PARA ATUAÇÃO COMPLEMENTAR NA ÁREA DA SAÚDE. TUTELA DE URGÊNCIA ANTECIPADA CONCEDIDA PARA O FIM DE SUSPENDER A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. REFORMA. AUSÊNCIA DOS REQUISITOS ENSEJADORES DA CONCESSÃO DA MEDIDA. ANÁLISE EM SEDE DE COGNICÃO SUMÁRIA QUE INDICA A IDONEIDADE DA MOTIVAÇÃO APRESENTADA PELA MUNICIPALIDADE. EXISTÊNCIA DE PERIGO DE DANO INVERSO NO CASO DE MANUTENÇÃO DA ORDEM LIMINAR. RECURSO PROVIDO.”** (0001012-04.2018.8.16.0000, Rel. Des. Carlos Mansur Arida da 5ª Câmara Cível do TJPR, julgamento em 29/05/2018).



PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE CURITIBA – 2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA GABINETE DO JUIZ DE DIREITO TITULAR

70. Essas são razões que, em exame superficial, indicam que as objeções do Ministério Público não são capazes de justificar, agora, a suspensão do funcionamento da unidade da UPA CIC.

71. Pelo exposto, *i)* ausente a plausibilidade jurídica das teses desenvolvidas na petição inicial e *ii)* presente o risco inverso, **INDEFIRO** o pedido de concessão de tutela provisória de urgência antecipada incidental.

72. Não admitindo, em princípio, composição o direito *sub judice* (art. 334, § 4º, II, CPC), **CITE-SE** a Parte Ré para apresentação de resposta no prazo legal.

73. **Manifestem-se** as partes, no prazo de 15 (quinze) dias, sobre o requerimento de habilitação do SIMEPAR (mov. 40).

74. Para fins da análise do pedido de justiça gratuita, apresente o SIMEPAR documento contábil para a comprovação da incapacidade financeira, no prazo de 15 (quinze) dias.

75. Intimem-se. Diligências necessárias⁸.

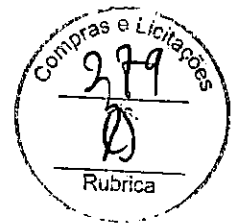
Curitiba, data da assinatura digital.

TIAGO GAGLIANO PINTO ALBERTO

Juiz de Direito

*** MODO DE IMPUGNAÇÃO DESTE PROVIMENTO JUDICIAL:**

1) **Embargos de Declaração:** Cabível em 05 (cinco) dias, por advogado regularmente constituído, em petição a ser apresentada neste próprio Juízo. Não há necessidade de recolhimento de custas (Art. 1.022). *Cabem embargos de declaração contra qualquer decisão judicial para: I - esclarecer obscuridade ou eliminar contradição; II - suprir omissão de ponto ou questão sobre o qual devia se pronunciar o juiz de ofício ou a requerimento; III - corrigir erro material. Parágrafo único. Considera-se omissão a decisão que: I - deixe de se manifestar sobre tese firmada em julgamento de casos repetitivos ou em incidente de assunção de competência aplicável ao caso sob julgamento; II - incorra em qualquer das condutas descritas no art. 489, § 1º, Art. 1.023. Os embargos serão opostos, no prazo de 5 (cinco) dias, em petição dirigida ao juiz, com indicação do erro, obscuridade, contradição ou omissão, e não se sujeitam a preparo.* Ressalto, no entanto, que eventuais embargos de declaração com efeitos de mera reapreciação do quanto decidido serão tidos como protelatórios, podendo ser apenados com as sanções do artigo 1.026, §2º, do Código de Processo.
2) **Agravo por Instrumento:** Cabível nas situações previstas no artigo 1.015. Prazo: 15 (quinze) dias. Interposição: Art. 1.017, §2º (§ 2º. No prazo do recurso, o agravo será interposto por: I - protocolo realizado diretamente no tribunal competente para julgá-lo; II - protocolo realizado na própria comarca, seção ou subseção judiciárias; III - postagem, sob registro, com aviso de recebimento; IV - transmissão de dados tipo fac-símile, nos termos da lei). Preparo: necessário.

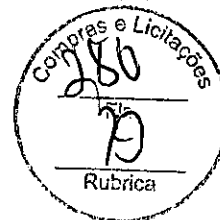


Anexo 04

Acórdão TCE/PR caso
Piraquara 1.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



PROCESSO Nº: 779529/17

ASSUNTO: REPRESENTAÇÃO

ENTIDADE: MUNICÍPIO DE PIRAQUARA

INTERESSADO: MARCUS MAURICIO DE SOUZA TESSEROLLI, MARISTELA ZANELLA, MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ, MUNICÍPIO DE PIRAQUARA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PIRAQUARA

PROCURADOR:

RELATOR: CONSELHEIRO FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES

ACÓRDÃO Nº 4629/17 - Tribunal Pleno

EMENTA: Representação. Não preenchidas condições para deferimento de pedido cautelar, negado monocraticamente. Homologação da decisão monocrática.

1. RELATÓRIO

Versa o presente acerca de Representação com Pedido Cautelar promovida pelo Ministério Público de Contas com fundamento nos artigos 53¹ c/c 149, I, da Lei Complementar nº 113/2005, da Lei 8.666/93, tendo por finalidade anular o "Edital de Qualificação de Organização Social de Saúde nº 001/2017", da Secretaria de Saúde do Município de Piraquara, cujo objeto é a qualificação de Organização Social de Saúde para celebração de contrato de gestão com o Município, visando gerenciar uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas.

Aduz o *Parquet* que, de acordo com as diretrizes basilares da Constituição Federal de 1988, o objeto do edital – contrato de gestão objetivando a "gerência" da Unidade de Pronto Atendimento – consistiria em terceirização irregular de atividade da Administração Pública.

Sustenta ser dever do Estado a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, nos termos do art. 199 da CF/88², sendo que a participação

¹ Art. 53. O Tribunal poderá solicitar incidentalmente e motivadamente, aos órgãos e Poderes competentes a aplicação de medidas cautelares definidas em lei, ou determinar aquelas previstas no Regimento Interno, quando houver receio de que o responsável possa agravar a lesão ou tornar difícil ou impossível a sua reparação, nos termos do Código de Processo Civil.

² Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



de instituições privadas no sistema único de saúde somente é permitida em caráter complementar, de modo que a contratação de 'gerência' de Unidade de Pronto Atendimento ultrapassaria a exceção constitucional referente à prestação de serviços de saúde em caráter complementar.

Entende que o fato de o edital prever a contratação de 'gerência' prejudicaria "a fiscalização da prestação do serviço [e] da aplicação dos recursos por parte da instituição", e questiona a qualidade dos serviços a serem prestados, em razão da precarização do vínculo empregatício entre os funcionários e a OS, que não obedece à regra do concurso público, prevista no art. 37, II, da CF/88.

Acosta aos autos, como documentação complementar: 1) o Edital de qualificação de organização social de saúde nº 001/2017 (Peça 02, p. 08 até 15); 2) cópia da Lei Municipal nº 1565/2016, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais de saúde no âmbito do Município de Piraquara e dá outras providências (Peça 02, p. 16 até 15); 3) cópia do Decreto nº Decreto nº 5009/2016 (Peça 02, p. 25 até 47).

Conclusivamente, solicita a suspensão cautelar do Edital de Qualificação Social de Saúde nº 001/2017 do Município de Piraquara, para que cessem as atividades administrativas preparatórias à celebração do contrato de gestão, e, após a devida tramitação do feito, o reconhecimento da procedência da representação, com a determinação de anulação do referido Edital.

Por meio do Despacho 1519 (Peça 04), deferi o pleito cautelar, com a seguinte fundamentação:

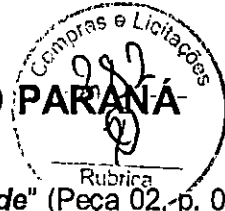
Em que pesem as preocupações ministeriais ventiladas na presente representação, não foram apresentados motivos aptos a justificar a cautelar determinação de suspensão do Edital de Qualificação Social de Saúde, nem quanto à violação a norma de direito, nem tampouco quanto ao perigo de dano nos procedimentos inquinados de irregulares pelo Parquet.

De pronto observo que o Edital impugnado se destina exclusivamente à qualificação de "pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, **interessadas em obter**

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



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



Qualificação como Organização Social de Saúde (Peça 02, p. 08), não objetivando, de fato, a questionada celebração de 'contrato de gestão' inquinada de indevida pelo órgão ministerial.

Portanto, a representação não é oferecida propriamente contra o CREDENCIAMENTO veiculado através do Edital de Qualificação de Organização Social de Saúde nº 001/2017, cuja suspensão se requer, mas sim contra o possível contrato de gestão que, após o credenciamento, pode vir a ser celebrado.

A insurgência está na previsão editalícia de que a qualificação a ser formalizada tem *"o fim de, oportunamente, celebrar contrato de gestão com a Administração Pública Municipal, para a gerência da Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 24 horas"*.

Nesse sentido, destaco a inexistência de obrigação de subsequente contratação das entidades eventualmente qualificadas, nos termos do item 6.1. do Edital, que prescreve: *"A qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Piraquara, por ato do Poder Executivo, não obriga a contratação por meio de contrato de gestão."* (Peça 02, p. 13).

Ainda, o edital de chamamento público encontra respaldo na Lei Municipal nº 1.565/2016, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 5.009/2016.

Portanto, na medida em que não se está diante da análise de Edital de Chamamento Público destinado à formalização de 'Contrato de Gestão', não é possível identificar em que termos e condições pretende o Poder Público Municipal formalizar a contratação de entidade do terceiro setor para a gestão de Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas.

Ou seja, tendo-se por base exclusivamente as cláusulas constantes do "Edital de Qualificação", não há como avaliar a validade do contrato de gestão pretendido pelo ente municipal na provável e futura formalização de contrato com entidade do terceiro setor.

Ademais, observo que a Lei Municipal nº 1565/2016 é clara ao evidenciar que as atribuições próprias, de competência intransferível do Poder Público Municipal, não poderão ser objeto de contrato de gestão:

"Art. 6º Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social de saúde, com vistas à formação de parceria para fomento e execução de atividades de saúde."



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



Parágrafo único. *Não serão objeto de contrato de gestão as atividades de regulamentação, fiscalização e controle.*" (grifei)

Referida normativa prevê, ainda, de forma expressa, a necessidade de especificação de programa de trabalho, com a fixação de metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, além dos critérios objetivos de avaliação de desempenho, com utilização de indicadores de qualidade e de produtividade (art. 8º, I – Peça 02, p. 19), assim como de regras próprias acerca da execução e fiscalização do contrato de gestão (art. 13 e seguintes – Peça 02, p. 21 até 23).

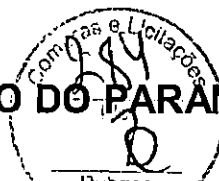
Dessa feita, tendo em vista o objeto do Edital impugnado, não vislumbro violação legal que justifique a concessão de medida cautelar.

Adicionalmente, entendo relevante desde já deixar assente que o guardião da Carta da República já se manifestou quanto à constitucionalidade, em tese, de opções político jurídicas de contratação de entidades do terceiro setor para a prestação de serviços de saúde. Seu posicionamento expresso encontra-se consignado na decisão da ADIN nº 1.923/DF, na qual foi decidido:

Ementa: AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. TERCEIRO SETOR. MARCO LEGAL DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS. LEI Nº 9.637/98 E NOVA REDAÇÃO, CONFERIDA PELA LEI Nº 9.648/98, AO ART. 24, XXIV, DA LEI Nº 8.666/93. MOLDURA CONSTITUCIONAL DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO DOMÍNIO ECONÔMICO E SOCIAL. SERVIÇOS PÚBLICOS SOCIAIS. SAÚDE (ART. 199, CAPUT), EDUCAÇÃO (ART. 209, CAPUT), CULTURA (ART. 215), DESPORTO E LAZER (ART. 217), CIÊNCIA E TECNOLOGIA (ART. 218) E MEIO AMBIENTE (ART. 225). ATIVIDADES CUJA TITULARIDADE É COMPARTILHADA ENTRE O PODER PÚBLICO E A SOCIEDADE. DISCIPLINA DE INSTRUMENTO DE COLABORAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA INTERVENÇÃO INDIRETA. ATIVIDADE DE FOMENTO PÚBLICO. INEXISTÊNCIA DE RENÚNCIA AOS DEVERES ESTATAIS DE AGIR. MARGEM DE CONFORMAÇÃO CONSTITUCIONALMENTE ATRIBUÍDA AOS AGENTES POLÍTICOS DEMOCRATICAMENTE ELEITOS. PRINCÍPIOS DA CONSENSUALIDADE E DA PARTICIPAÇÃO. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO ART. 175, CAPUT, DA CONSTITUIÇÃO. EXTINÇÃO PONTUAL DE ENTIDADES PÚBLICAS QUE APENAS CONCRETIZA O NOVO MODELO. INDIFERENÇA DO



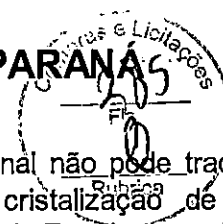
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



FATOR TEMPORAL. INEXISTÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO DEVER CONSTITUCIONAL DE LICITAÇÃO (CF, ART. 37, XXI). PROCEDIMENTO DE QUALIFICAÇÃO QUE CONFIGURA HIPÓTESE DE CREDENCIAMENTO. COMPETÊNCIA DISCRICIONÁRIA QUE DEVE SER SUBMETIDA AOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA PUBLICIDADE, MORALIDADE, EFICIÊNCIA E IMPESSOALIDADE, À LUZ DE CRITÉRIOS OBJETIVOS (CF, ART. 37, CAPUT). INEXISTÊNCIA DE PERMISSIVO À ARBITRARIEDADE. CONTRATO DE GESTÃO. NATUREZA DE CONVÊNIO. CELEBRAÇÃO NECESSARIAMENTE SUBMETIDA A PROCEDIMENTO OBJETIVO E IMPESSOAL. CONSTITUCIONALIDADE DA DISPENSA DE LICITAÇÃO INSTITUÍDA PELA NOVA REDAÇÃO DO ART. 24, XXIV, DA LEI DE LICITAÇÕES E PELO ART. 12, §3º, DA LEI Nº 9.637/98. FUNÇÃO REGULATÓRIA DA LICITAÇÃO. OBSERVÂNCIA DOS PRINCÍPIOS DA IMPESSOALIDADE, DA PUBLICIDADE, DA EFICIÊNCIA E DA MOTIVAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE DE EXIGÊNCIA DE LICITAÇÃO PARA OS CONTRATOS CELEBRADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS COM TERCEIROS. OBSERVÂNCIA DO NÚCLEO ESSENCIAL DOS PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (CF, ART. 37, CAPUT). REGULAMENTO PRÓPRIO PARA CONTRATAÇÕES. INEXISTÊNCIA DE DEVER DE REALIZAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPREGADOS. INCIDÊNCIA DO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA IMPESSOALIDADE, ATRAVÉS DE PROCEDIMENTO OBJETIVO. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AOS DIREITOS CONSTITUCIONAIS DOS SERVIDORES PÚBLICOS CEDIDOS. PRESERVAÇÃO DO REGIME REMUNERATÓRIO DA ORIGEM. AUSÊNCIA DE SUBMISSÃO AO PRINCÍPIO DA LEGALIDADE PARA O PAGAMENTO DE VERBAS, POR ENTIDADE PRIVADA, A SERVIDORES. INTERPRETAÇÃO DOS ARTS. 37, X, E 169, §1º, DA CONSTITUIÇÃO. CONTROLES PELO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO E PELO MINISTÉRIO PÚBLICO. PRESERVAÇÃO DO ÂMBITO CONSTITUCIONALMENTE DEFINIDO PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE EXTERNO (CF, ARTS. 70, 71, 74 E 127 E SEQUINTE). INTERFERÊNCIA ESTATAL EM ASSOCIAÇÕES E FUNDAÇÕES PRIVADAS (CF, ART. 5º, XVII E XVIII). CONDICIONAMENTO À ADESÃO VOLUNTÁRIA DA ENTIDADE PRIVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À CONSTITUIÇÃO. AÇÃO DIRETA JULGADA PARCIALMENTE PROCEDENTE PARA CONFERIR INTERPRETAÇÃO CONFORME AOS DIPLOMAS IMPUGNADOS.



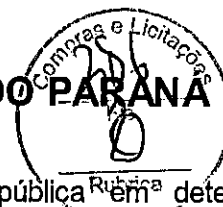
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



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 prevalentes 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



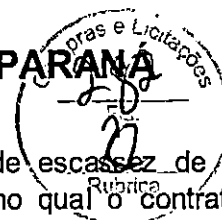
TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



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 dos 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.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



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 no art. 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



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ



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, arts. 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 8.666/93, 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) às 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



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

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.

(ADI 1923, Relator(a): Min. AYRES BRITTO, Relator(a) p/ Acórdão: Min. LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 16/04/2015, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-254 DIVULG 16-12-2015 PUBLIC 17-12-2015)

Tal decisão evidencia a adoção, pelo Supremo Tribunal Federal, do entendimento de que a escolha do modelo chamado "gerencial", em que o Poder Público, ao invés de criar uma nova unidade pública para a prestação de serviços essenciais, como saúde, educação, cultura, etc., opta pela formalização de contrato de gestão com entidades do terceiro setor, encontra amparo constitucional, e portanto, validade jurídica no nosso sistema jurídico.

Por oportuno, menciono ainda que, atualmente, ao contrário de outros vínculos de cooperação realizados entre o poder público e particulares no passado, não apenas dispõe o Poder Público de diversas normativas específicas tratando das formas legais de formalização de parcerias com a sociedade civil organizada – por meio de contratos de gestão e termos de parceria – como os órgãos de controle, como esta Corte, dispõem de mecanismos muito mais acurados para o acompanhamento e fiscalização dessas formas de cooperação firmadas entre entes públicos e entidades privadas.

Destaco, também como fundamento para rechaçar o pedido de suspensão cautelar do Edital, que, embora o entendimento esposado pelo *Parquet* na presente representação venha sendo defendido por parcela da doutrina, fato é que a questão se apresenta bastante controversa, o que por si só, impede o deferimento da cautelar, que é instrumento hábil a evitar lesão ou agravamento de lesão nas situações em que se encontre presente, de forma incontestes, a fumaça do direito alegado.

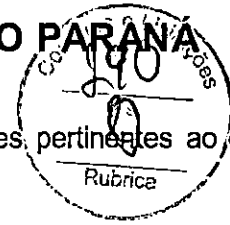
Por fim, refiro ainda que carece a Representação da demonstração do perigo da demora, o qual se faz imprescindível para a concessão de medidas cautelares.

Embora não concedida a cautela requerida, entendo pertinente o recebimento da representação e devida a inclusão, como Interessados, do Município de Piraquara e de seu gestor, assim como da Secretaria Municipal de Saúde e do respectivo gestor, para que, após devidamente citados, apresentem, no prazo de quinze dias, manifestação quanto às



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

razões da representação, bem como informações pertinentes ao deslinde do feito.



2. FUNDAMENTAÇÃO E VOTO

Considerando o disposto no § 1º do art. 282, do RITCE/PR (em interpretação ampliada), encaminho ao Plenário desta Corte o contido no Despacho 1519/17 para homologação, entendendo que a deliberação monocrática deve ser ratificada pelo Órgão Colegiado, porém, com complementação, no sentido de que a cautelar virá a ser deferida caso verificada a efetiva contratação questionada, bem como que todos os andamentos do procedimento de chamamento público deverão ser informados nos presentes autos.

3. DA DECISÃO

Em face de todo o exposto, voto no sentido de que deve o Tribunal de Contas do Estado do Paraná:

3.1. homologar o Despacho 1519/17-GCFAMG, negando a cautelar solicitada pelo Ministério Público de Contas de suspensão de atos referentes ao "Edital de Qualificação de Organização Social de Saúde nº 001/2017", da Secretaria de Saúde do Município de Piraquara, porém, com complementação no sentido de que a cautelar virá a ser deferida caso verificada a efetiva contratação questionada, bem como que todos os andamentos do procedimento de chamamento público deverão ser informados nos presentes autos.

VISTOS, relatados e discutidos,

ACORDAM

OS MEMBROS DO TRIBUNAL PLENO do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ, nos termos do voto do Relator, Conselheiro FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES, por unanimidade, em:

I. homologar o Despacho 1519/17-GCFAMG, negando a cautelar solicitada pelo Ministério Público de Contas de suspensão de atos referentes ao "Edital de Qualificação de Organização Social de Saúde nº 001/2017", da Secretaria



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARÁ



de Saúde do Município de Piraquara, porém, com complementação no sentido de que a cautelar virá a ser deferida caso verificada a efetiva contratação questionada, bem como que todos os andamentos do procedimento de chamamento público deverão ser informados nos presentes autos.

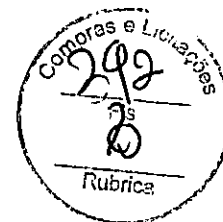
Votaram, nos termos acima, os Conselheiros NESTOR BAPTISTA, ARTAGÃO DE MATTOS LEÃO, FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES e IVAN LELIS BONILHA e os Auditores SÉRGIO RICARDO VALADARES FONSECA e CLÁUDIO AUGUSTO CANHA.

Presente o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas. FLÁVIO DE AZAMBUJA BERTI.

Sala das Sessões, 9 de novembro de 2017 – Sessão nº 36.

FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES
Conselheiro Relator

JOSE DURVAL MATTOS DO AMARAL
Presidente



Anexo 05

Acórdão TCE/PR caso
Piraquara 2.

Por orientação do TCE-PR, Piraquara suspende licitação para gerir UPA 24 horas

Institucional 18 de julho de 2018 - 11:30

[Notícia anterior](#)[Próxima notícia](#)

A Prefeitura de Piraquara suspendeu edital para escolher uma entidade encarregada da gestão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas desse município da Região Metropolitana de Curitiba. A medida foi tomada depois que o Tribunal de Contas do Estado do Paraná apontou indícios de oito irregularidades no edital de Concurso de Projetos nº 1/2018.

O objetivo do certame era a seleção de uma organização social de saúde (OSS) - entidade de direito privado, sem fins lucrativos - para gerenciar a UPA 24 horas e desenvolver outras atividades, sob a coordenação da Secretaria da Saúde de Piraquara, com base na Lei Municipal nº 1.565/2016. O edital previa o repasse anual de

R\$ 9.649.740,96 à OSS selecionada para o contrato de gestão.

Ao fazer a análise concomitante do edital, a Coordenadoria de Acompanhamento de Atos de Gestão (Cage) apontou oito indícios de irregularidade: ausência de estudo prévio para embasar o contrato de gestão; falta de detalhamento da planilha de custos e de ampla pesquisa de preços; deficiência na previsão de custos com pessoal, resultando em falha na definição desses custos; ausência de critério para estabelecer o percentual de depreciação do estabelecimento; modelo deficiente de prestação de contas; e falta de fiscalização do contrato.

Em Apointamento Preliminar de Acompanhamento (APA), o TCE-PR informou à administração municipal de Piraquara que a ausência de estudo prévio para a celebração do contrato de gestão fere a legislação, que permite a participação da iniciativa privada na área da saúde apenas de forma complementar à atuação estatal. A regra geral é a execução direta dos serviços de saúde pelo poder público. Quando a administração opta pela cessão a entidade privada, deve demonstrar que a opção é mais vantajosa e econômica.

A unidade técnica também destacou que, para a celebração de contrato de gestão de uma UPA, a administração pública deve demonstrar, de forma transparente e por meio de ampla pesquisa de preços, a composição dos custos de cada item - como, por exemplo, medicamentos e insumos. Também é necessária a elaboração de uma planilha detalhada de custos com pessoal, incluindo despesas com vale-transporte, com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

No edital do Concurso de Projetos 1/2018 foram indevidamente contabilizados os valores pagos à atual contratada para gerir a UPA relativos a margem de lucro e taxa administrativa. Na licitação para a contratação de OSS, que não possui finalidade lucrativa, esses valores deveriam ter sido retirados. A administração municipal também não deixou claro no edital os fundamentos do percentual de 60% de depreciação do estabelecimento. A clareza desse critério é fundamental para se avaliar se a contratação seria realmente vantajosa para o município.

O APA também destacou que o modelo correto de prestação de contas dos recursos públicos transferidos a uma entidade privada é fundamental para que o próprio município e o TCE-PR possam verificar se o dinheiro transferido será efetivamente utilizado pela OSS para oferecer bons serviços de saúde à população do município.

O edital lançado por Piraquara também não estipulou a necessidade de que o município nomeie um responsável pela fiscalização do contrato de gestão, seja na forma de um gestor ou uma comissão de recebimento do objeto. Os analistas do TCE-PR destacaram que, tendo em vista a natureza complexa do objeto, o ideal seria a nomeação de uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, contadores e administradores.

Em resposta ao APA nº 7688, o Município de Piraquara informou que suspendeu o Concurso de Projetos nº 01/2018, para fazer as adequações recomendadas pelo Tribunal de Contas.

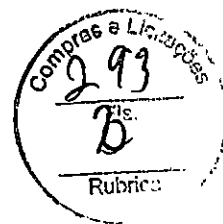
Oportunidade de correção

Instituído pela Instrução Normativa nº 122/2016, o Apointamento Preliminar de Acompanhamento é uma oportunidade concedida pelo TCE-PR aos gestores para corrigir falhas verificadas pelo órgão na fiscalização preventiva, sem que seja necessária a abertura de processo. Quando os gestores não corrigem as falhas apontadas pelo Tribunal de Contas, eles são alvos de Comunicação de Irregularidade e da abertura de processos administrativos na corte.

Nesse caso, a Lei Orgânica do TCE-PR (Lei Complementar Estadual nº 113/2005) prevê a aplicação de multas administrativas fixas e proporcionais ao valor do dano ao erário, devolução dos recursos e outras sanções.

Autor: Diretoria de Comunicação Social

Fonte: TCE/PR

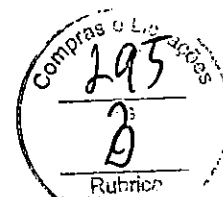


TOPO ^



Anexo 06

Cálculo de gasto com pessoal
em janeiro de 2019.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA Rio Grande – PR

DIVISÃO DE CONTABILIDADE

Fazenda, Rio Grande, 18 de Fevereiro 2019.

Interessado: Secretaria Municipal de ADM

Interessado: Gabinete do Prefeito

Interessado: Procuradoria Geral do Município

Informamos que recebemos a demanda realizada pela Secretaria Municipal de Administração, a qual possui como objeto a evolução do índice de Gasto com Pessoal, para o período de 2014 a 2018, considerando as contratações para os cargos de Professor 20Hs e 40Hs, Guarda Municipal, e Médicos.

Primeiramente, informamos que solicitamos demonstrativos elaborado pela Diretoria de recursos humanos do município evidenciando os totalizadores das vagas ocupadas em dezembro de cada exercício, o qual serve para evidenciar o aumento real de cada cargo do quadro de servidores em cada exercício.

Do solicitado temos:

Segue demonstrativo evidenciando o aumento de servidores para cada cargo:

A handwritten signature in the bottom right corner of the page.

Demonstrativo da Evolução Quadro Servidores Efetivos Educação/Segurança/Saúde						
Descrição do Cargos	Total de Servidores em dezembro de cada exercício					Aumento total até 2018 em relação a 2014
	2014	2015	2016	2017	2018	
Professor 20Hs	813	814	793	875	905	92
Professor 40Hs	192	204	195	332	346	154
Guarda Municipal	44	44	42	72	70	26
Médico Anestesiista - Plantonista	2	4	4	3	3	1
Médico Clínico Geral - Plantonista	5	17	15	20	21	16
Médico da Família	7	12	11	18	19	12
Médico Ginecologista - Plantonista	6	7	7	7	7	1
Médico Ortopedista - Plantonista	0	0	0	0	2	2
Médico Pediatra	4	5	4	4	4	0
Médico Auditor	1	1	1	1	1	0

Conforme apresentado apenas as 3 (três) áreas, Educação/Saúde/Segurança, ocorreram o aumento real no quantitativo de 304 servidores concursados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2018, já descontados as substituições por falecimentos e aposentadorias, além das substituições por exonerações.

Quando apurado o gasto total com o pagamento dos servidores dos Município em janeiro de 2019 temos que o gasto total de R\$ 128.886.082,23 (cento e vinte e oito milhões oitocentos e oitenta e seis mil e oitenta e dois reais e vinte e três centavos) o que representa um Índice total de 56,23% da RCL.

Ao apurarmos os impactos gerados com o aumento do quadro de servidores já listados afim de que seja deduzido dos valores supracitados, temos que este representou um gasto total ao município no exercício de 2018 de R\$ 15.545.083,31 (quinze milhões quinhentos e quarenta e cinco mil e oitenta e três reais e trinta e um centavos)). Cabe ressaltar que o cálculo apresentado foi considerado apenas os vencimentos bases, além de férias, 13º, encargos

patronais, não contemplando outras vantagens tais como: insalubridade, gratificações e adicionais noturno.



Diante das considerações temos que o custo anual em 2018 foi de R\$ 15.545.083,31 conforme segue:

Demonstrativo dos impactos produzidos no período de 2015 a 2018							
Descrição do Cargo	Quantidade	Valor Vencimento Mensal	13º Salário	Férias	Patronal	Total Mês	Total Ano
Professor 20Hs	92	1.289,15	107,4292	35,45163	172,7461	147.639,47	1.771.673,69
Professor 40Hs	154	2.578,29	214,8575	70,90298	345,4909	494.269,37	5.931.232,39
Guarda Municipal	26	2.056,67	171,3892	56,55843	275,5938	66.565,50	798.785,95
Médico Anestesiista – Plantonista	1	15.708,30	1.309,025	431,9783	2.104,912	19.554,22	234.650,59
Médico Clínico Geral – Plantonista	16	15.708,30	1.309,025	431,9783	2.104,912	312.867,45	3.754.409,37
Médico da Família	12	13.111,86	1.092,655	360,5762	1.756,989	195.864,96	2.350.379,58
Médico Ginecologista – Plantonista	1	15.708,30	1.309,025	431,9783	2.104,912	19.554,22	234.650,59
Médico Ortopedista – Plantonista	2	15.708,3	1.309,025	431,9783	2.104,912	39.108,43	469.301,17
Total Impacto anual em 2018 das contratações efetuadas a partir do exercício de 2015							15.545.083,31

O vencimento para Médico Clínico Geral, o cálculo contempla apenas os Vencimentos do cargo não sendo computados as Gratificações:

(Gratificação Produtividade de 30% e 35% + Gratificação de Assiduidade de 25%)

** O vencimento para Médico Clínico Geral Plantonista, o cálculo contempla apenas os Vencimentos do cargo não sendo computados as Gratificações:

(Gratificação Produtividade de 30% e 35% + Gratificação de Assiduidade de 25% + Insalubridade 20%)

*** O vencimento para Médico da Família, o cálculo contempla apenas os Vencimentos do cargo não sendo computados as Gratificações:

(Gratificação de consultas Médicas de 5%, 30%, 40% 50% + Insalubridade de 20% + Adicional Noturno)

**** O vencimento para Médico Ginecologista - Plantonista, o cálculo contempla apenas os Vencimentos do cargo não sendo computados as Gratificações:

(Gratificação Trabalho Efetivo de 35% + Insalubridade de 20%)

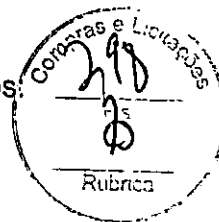
***** O vencimento para Médico Ortopedista Plantonista, o cálculo contempla apenas os Vencimentos do cargo não sendo computados as Gratificações:

(Gratificação de assiduidade 25%, + Adicional Noturno)

Logo, se aplicarmos como dedução ao gasto com pessoal que foi apurado para janeiro de 2019, os montantes gerados no cálculo de impacto financeiro dos servidores contratados no período de 2015 a 2018 (aumento real do quadro de servidor) vemos que nos últimos 12 meses representou o montante de R\$ 15.545.083,31 Logo se o mesmo não tivesse ocorrido, ou

aplicando como dedução, temos que o novo gasto com pessoal seria em janeiro de 2019 de R\$ 113.340.998,92 representando um índice de 49,46% da RCL, conforme segue:

Quando projetamos as despesas e o índice para 2019 temos:



MUNICÍPIO DE FAZENDA RIO GRANDE
PREFEITURA MUNICIPAL
RELATÓRIO DE GESTÃO FISCAL
DEMONSTRATIVO DA DESPESA COM PESSOAL
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
02/2018 À 01/2019 - excluído servidores contratados entre 2015/2018
(Professores 20Hs e 40Hs, Guarda Municipal, Médicos)

LRF, art. 55, inciso I, "a" - Anexo I

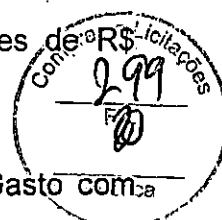
DESPESA COM PESSOAL	R\$
	DESPESA LIQUIDADADA
	02/2018 À 01/2019
DESPESA BRUTA COM PESSOAL (I)	117.883.097,49
Pessoal Ativo	114.258.531,29
Pessoal Inativo e Pensionista	3.624.566,20
Outras despesas de pessoal decorrentes de contratos de terceirização (art. 18, § 1º da LRF)	0,00
Outras despesas de pessoal decorrentes de contratos de terceirização (exceto elemento 34)	0,00
(-) DESPESAS NÃO CUMPUTADAS (ART.19, §1º DA LRF) (II)	4.542.098,57
Indenizações por Demissão e Incentivo à Demissão Voluntária	917.532,37
Decorrentes de Decisão Judicial	0,00
Despesas de Exercícios Anteriores	0,00
Inativos e Pensionista com Recursos Vinculados	3.624.566,20
Instrução Normativa 56/2011	0,00
IRRF	0,00
TOTAL DA DESPESA COM PESSOAL PARA FINS DE APURAÇÃO DO LIMITE - TDP (IV)=(I-II+III)	113.340.998,92
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL (V)**	229.125.848,11
% do TOTAL DA DESPESA COM PESSOAL PARA FINS DE APURAÇÃO DO LIMITE - TDP sobre a RCL (IV/V)*100	49,46
LIMITE MÁXIMO (incisos I, II e III, art. 20 da LRF) - 54%	129.127.957,98
LIMITE PRUDENCIAL (§ único, art. 22 da LRF) - 51,30 %	122.671.560,08

Fonte: Betha Sistema

* - Considerando a dedução dos servidores contratados.

**-(Professores 20Hs e 40Hs, Guarda Municipal, Médicos)

Conforme demonstrado apresentado, caso não fosse necessário e caso não tivesse ocorrido as contratações demonstradas o índice de Gasto com pessoal seria de 49,46% com uma despesa nos últimos 12 meses de R\$ 113.340.998,92.

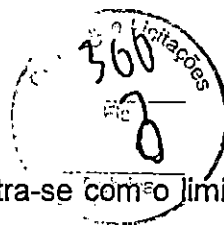


Não menos importante, quando analisamos a trajetória do Gasto com pessoal vemos que em janeiro de 2019 ele vai atingir 56,23% o que representa na sua menor marca desde dezembro de 2014, quando o mesmo atingiu 56,59%, conforme segue:

Trajetória Gasto com Pessoal	
Dez./14	56,59%
abr./15	56,90%
ago./15	56,39%
dez./15	58,57%
abr./16	59,83%
ago./16	62,84%
Out./16	64,76%
dez./16	63,00%
abr./17	60,16%
ago./17	57,49%
Dez./17	57,03%
abr./18	57,05%
ago./18	57,74%
dez./18	56,96%
jan./19	56,23%

Da escalada do Gasto com pessoal, vemos que ele extrapolou o limite máximo atingindo 56,59% em dezembro de 2014, tendo a sua maior alta apurada em outubro de 2016 quando atingiu 64,76%, a partir de então com a adoção das medidas de contenção e retorno vemos que em janeiro de 2019 o índice apurado será de 56,23%, o menor desde a sua extrapolação em 2014.

Considerações Finais



Reforçamos que na presente data o município encontra-se com o limite de Gasto com Pessoal extrapolado, também decorrente da necessidade de contratação de servidores para atender a área da saúde da educação e segurança conforme demonstrado no presente.

Que o as contratações geraram para o exercício de 2018 um custo total de R\$ 15.545.083,31 (quinze milhões quinhentos e quarenta e cinco mil e oitenta e três reais e trinta e um centavos) o qual representou um aumento no índice de 6,78%.

Que apurado a projeção do Gasto com Pessoal 1º bimestre de 2019, temos que a despesa total do município seria de R\$ 128.886.082,23, com um gasto anual total de 56,23%, caso as mesmas não fosse necessário o índice de gasto com pessoal seria de 49,46%.

Como demonstrado, o município vem adotando medidas que tem proporcionado o retorno do limite do gasto com pessoal, não nos montantes estabelecidos nas legislações vigentes, porém tem surtido efeitos reais na redução do índice, destacando-se o pico máximo atingido em outubro de 2016 onde apurou-se 64,76%, até a presente data apurando-se 56,23% uma redução de 8,53%, mesmo o município tendo que contratar, como listado para os cargos da educação, saúde e segurança.

Sendo o que se apresenta.


Givanildo Francisco Pego

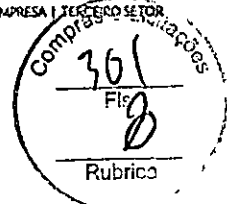
Divisão de Contabilidade

Givanildo Francisco Pego
Contador
Mat. 349543
CRC/PR 048812/D-3



ADVCOM
CONSULTORES

ESTADO | EMPRESA | TERCEIRO SETOR



NOTA TÉCNICA

Objeto: Projeto de Lei de Organizações Sociais e Estudo de Impacto Orçamentário

Trata-se de Nota Técnica elaborada com vistas a avaliar a necessidade de realização de Estudo de Impacto Orçamentário para aprovação do Projeto de Lei de Organizações Sociais, apresentado pelo Ilmo. Sr. Prefeito de Fazenda Rio Grande junto à Câmara Municipal, resultante dos trabalhos realizados por esta Consultoria.

Como sabido, o Projeto de Lei submetido à apreciação da Câmara Municipal tem por objeto a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais no âmbito do Município de Fazenda Rio Grande-PR, habilitando-as a firmar com o Município Contrato de Gestão para execução de atividades de interesse público.

Dita o art. 16, I da Lei Complementar 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal):

Art. 16. A criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental **que acarrete aumento da despesa** será acompanhado de:

I - estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício em que deva entrar em vigor e nos dois subsequentes;

II - declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a lei orçamentária anual e compatibilidade com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias.



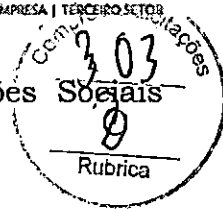
Extraí-se de referido dispositivo legal a desnecessidade de Estimativa de Impacto Orçamentário previamente à aprovação do PL em referência. Isso porque o Projeto de Lei em questão em momento algum está criando despesas a serem incorridas pelo Município como resultado direto da Lei.

Deve-se anotar, nesse plano, que o PL simplesmente institui em nível municipal a figura das Organizações Sociais e o respectivo instrumento de parceria entre elas e o Poder Público, denominado de Contrato de Gestão. Assim, não há qualquer despesa criada diretamente por ocasião do Projeto de Lei. Noutras palavras: não haverá nenhum acréscimo imediato de despesa pública derivado diretamente da lei em questão.

Tal compreensão permite concluir que não apenas é desnecessário realizar Estimativa de Impacto neste momento, como a bem da verdade, é impossível fazê-lo agora. Isso porque é inviável ao setor financeiro do ente municipal prever todos os custos envolvidos em eventual Contrato de Gestão que o Município celebrará com Organizações Sociais.

Mutatis mutandis, seria o mesmo que exigir que a União, quando da aprovação da Lei n. 8.666/93 (Lei de Licitações) ou da Lei 13.019/2014 (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil), estimasse o impacto de todas as despesas que fossem criadas com as compras e contratações realizadas no regime de referidas leis. Naturalmente, não se tem como estimar o impacto de despesas futuras e incertas.

Nessa medida, não é no momento de deliberação do PL que as previsões orçamentárias devem ser realizadas. Os Estudos de Impacto Orçamentário serão etapa futura e obrigatória, e deverão ser realizados



no curso de cada projeto de contratação com Organizações Sociais pretendido pelo Município.

Será, assim, durante os processos de planejamento de cada parceria que o Município dimensionará o custo e o aumento da despesa pública por ela porventura ocasionado. Com base nisso, poderá estimar o impacto orçamentário daquela determinada parceria a ser contratada e inclui-la no orçamento do Município, previamente à deflagração do Chamamento Público para contratação da Organização Social parceira.

Nesse sentido, o próprio PL veicula expressamente tal exigência:

Art. 8º. É obrigatória a realização de Chamamento Público para a escolha da Organização Social apta a celebrar Contrato de Gestão com o Município.

Parágrafo único: O Chamamento Público será precedido de:

(...)

III- Estimativa de impacto orçamentário da contratação, bem como previsão orçamentária concreta dos custos do Contrato na legislação municipal;

Assim, em cada projeto de celebração de parceria por meio de Contrato de Gestão com o Município de Fazenda Rio Grande deve ser realizado um estudo de impacto orçamentário. Contudo, não há exigência legal e tampouco possibilidade lógica de realização de Estimativa de Impacto Orçamentário neste momento de deliberação genérica e abstrata acerca do Projeto de Lei que regulamenta a figura das Organizações Sociais em nível municipal, visto que a lei em questão não implica, diretamente, nenhuma criação ou aumento de despesa pública.



Considerando o possível interesse municipal em celebrar Contrato de Gestão para o gerenciamento do Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida, com a aprovação do PL em referência, tal estudo deverá integrar o processo de contratação, com necessidade de eventuais alterações na própria legislação orçamentária do Município. Mas para que isso possa ocorrer, é necessária a prévia aprovação do PL em questão.

Sendo essas nossas considerações, permanecemos à disposição para eventuais questões técnicas pertinentes.

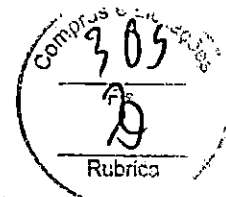
Curitiba-PR, em 14/06/2019.

ADVCOM CONSULTORES LTDA EPP.



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
[FCPR] - Comprovante de Parecer

Página: 1 / 1
Data: 26/05/2023



Dados Processo:

Número do Processo: 000003003/2023

Número Único: TGV.HDB.UDM-KH

Requerente: SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO

Procedência: Interna

Assunto: Solicitação

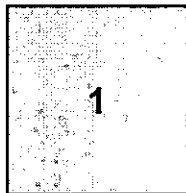
Situação: Em análise

Data Abertura: 20/01/2023 1:19 PM

Dados Parecer:

Organograma: Contabilidade Planejamento-SMF

Encerrou Processo? Não



Descrição Parecer:

Segue o calculo conforme solicitado.

Data Parecer: 23/01/2023 4:53 PM

André Alexandre

Fazenda Rio Grande - PR, 23 de Janeiro de 2023.

Processo: 3003/2023

Interessado: SM Administração

Correção de Valores

Interessado: SMPF

Memorando: 3 Divisão de Contabilidade



Informamos que recebemos o processo de nº 3003/2023, sendo efetuado cálculo de correção monetária, utilizando-se como base o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). O valor acumulado do INPC no período de Fevereiro de 2019 até dezembro de 2022 é 24,89%.

Tabela Original

	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Gastos com Pessoal	R\$ 507.687,32	R\$ 719.262,20	R\$ 894.691,30
Gastos com Médicos	R\$ 676.240,00	R\$ 689.920,00	R\$ 982.920,00
Cargos Executivos	R\$ 40.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 50.000,00
Medicamentos, Insumos e Serviços Terceirizados	R\$ 303.550,00	R\$ 430.300,00	R\$ 608.650,00
Custos Operacionais	R\$ 152.747,73	R\$ 187.948,22	R\$ 253.626,13
TOTAL GERAL	R\$ 1.680.225,05	R\$ 2.067.430,42	R\$ 2.789.887,43

Tabela Corrigida pelo INPC

24,89%

	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Gastos com Pessoal	R\$ 634.050,69	R\$ 898.286,56	R\$ 1.117.379,96
Gastos com Médicos	R\$ 844.556,14	R\$ 861.641,09	R\$ 1.227.568,79
Cargos Executivos	R\$ 49.956,00	R\$ 49.956,00	R\$ 62.445,00
Medicamentos, Insumos e Serviços Terceirizados	R\$ 379.103,60	R\$ 537.401,67	R\$ 760.142,99
Custos Operacionais	R\$ 190.766,64	R\$ 234.728,53	R\$ 316.753,67
TOTAL GERAL	R\$ 2.098.433,06	R\$ 2.582.013,85	R\$ 3.484.290,41

A tabela com os valores de referência utilizados, encontram-se no anexo I.

Firmo o presente

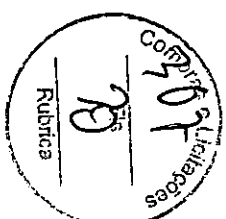
ANDRE ALEXANDRE
ROCHA:065383799
23

Assinado de forma digital por
ANDRE ALEXANDRE
ROCHA:06538379923
Dados: 2023.01.23 16:52:28
-03'00'

André Alexandre Rocha
Matrícula 359.927
Contador - CRCPR 076.602/O
Assinado e Datado Digitalmente

ANEXO I

Mês/ano	Índice do Mês (em %)
dez/22	0,69
nov/22	0,38
out/22	0,47
set/22	0,32
ago/22	0,31
jul/22	0,60
jun/22	0,62
mai/22	0,45
abr/22	1,04
mar/22	1,71
fev/22	1,00
jan/22	0,67
dez/21	0,73
nov/21	0,84
out/21	1,16
set/21	1,20
ago/21	0,88
jul/21	1,02
jun/21	0,60
mai/21	0,96
abr/21	0,38
mar/21	0,86
fev/21	0,82
jan/21	0,27
dez/20	1,46
nov/20	0,95
out/20	0,89
set/20	0,87
ago/20	0,36
jul/20	0,44
jun/20	0,30
mai/20	0,25
abr/20	0,23
mar/20	0,18
fev/20	0,17
jan/20	0,19
dez/19	1,22
nov/19	0,54
out/19	0,04
set/19	0,05
ago/19	0,12
jul/19	0,10
jun/19	0,01
mai/19	0,15
abr/19	0,60
mar/19	0,77
fev/19	0,54
TOTAL	24,89



Visualizando parecer

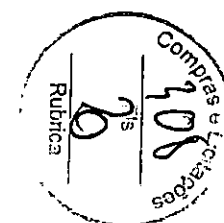


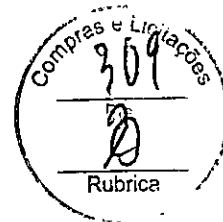
Dado por: RobertaMaria | Organograma: ADM Secretário | Dado em 24/01/2023 às 09:45:26

Considerando o estudo que vem sendo realizado para uma possível concessão onerosa, considerando a atualização que segue em anexo referente aos encargos do município com relação ao Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida e anexos, ainda, tendo em vista o art. 3º da Lei Municipal nº 1659/2022, solicito que seja apontado o que segue:

- Quais serviços que se pretende prestar, no local supracitado, com a possível concessão onerosa?

FECHAR





De acordo com o matriciamento realizado objetivando a instalação de uma possível concessão onerosa; considerando a atualização em anexo referente aos encargos municipais em relação ao Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida e anexos, ainda, tendo em vista o art. 3º da Lei Municipal nº 1659/2022, solicitamos a autorização para a elaboração do TERMO DE REFERENCIA abrangendo os assuntos supracitados, bem como, em anexos.

Pronto Socorro

- Atendimento referenciado pela unidade de pronto atendimento (UPA)
- Regulação direta entre unidades através do contato telefônico
- Transporte realizado através do SAMU e transporte municipal.

Especialidades disponíveis no Pronto Socorro

- Clínica médica
- Ortopedia/ Trauma
- Cirurgião Geral
- Urologia
- Anestesia

Especialidades de Urgência de Procura Direta

- Obstetrícia

Especialidades Ambulatoriais/ Cirurgias Eletivas/ Apoio Hospitalar

- Cirurgia Geral
- Ortopedia Ambulatório de Trauma
- Urologia
- Otorrinolaringologia
- Cirurgia Vascular
- Oftalmologia
- Cardiologia
- Anestesia
- Gastroenterologia
- Ultrassonografia/Radiologia

- Demais especialidades por demandas necessárias a secretarial municipal de saúde

Exames Especializados Via Agendamento Ambulatorial

- Ultrassonografia
- Raio – x
- Tomografia
- Estudo Urodinamico
- Mamografia
- Endoscopia Digestiva Alta
- Colonoscopia/ Reto-sigmoideoscopia
- Nasofaringeoscopia
- Eletrocardiograma
- Ecodoppler Cardíaco
- Ecodoppler Vascular
- Holter 24 horas
- Teste Ergométrico
- Cardiotocografia Fetal
- Histerioscopia



Agendamentos Via Secretaria Municipal de Saúde:

- GSUS/ CARE
- Fila Consorcio Intermunicipal de Saúde
- Pacientes recebidos via referência UPA na urgência, todos exames serão realizados de acordo com indicação precisa, via AIH (autorização de internação hospitalar), de qualquer natureza seja clínica ou cirúrgica, bem como custeio do seguimento durante internação.
- Atendimento de urgência referenciada somente para o município de Fazenda Rio Grande.
- Atendimento Ambulatorial pode ser referenciado a região



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
[FCPR] - Comprovante de Parecer

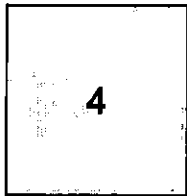
Página: 1 / 1
Data: 26/05/2023



Dados Processo:

Número do Processo: 000003003/2023	
Número Único: TGV.HDB.UDM-KH	
Requerente: SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO	Procedência: Interna
Assunto: Solicitação	Situação: Em análise
Data Abertura: 20/01/2023 1:19 PM	

Dados Parecer:

Organograma: Gabinete do Prefeito	Encerrou Processo? Não
	Data Parecer: 25/01/2023 3:11 PM
Descrição Parecer: Em tempo.	

Elvis Roberto

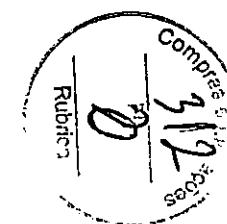
Visualizando parecer



Dado por: RobertaMaria | Organograma: ADM Secretário | Dado em 26/01/2023 às 11:00:17

Tendo em vista o teor do presente processo administrativo, considerando a indicação dos serviços que se pretendem prestar apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde em parecer anterior com a realização de uma possível concessão onerosa, encaminho este para ciência e autorização do chefe do executivo.

FECHAR

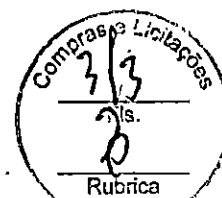




ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
[FCPR] - Comprovante de Parecer

Página: 1 / 1

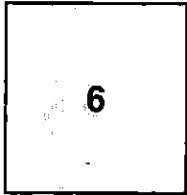
Data: 26/05/2023



Dados Processo:

Número do Processo: 000003003/2023	
Número Único: TGV.HDB.UDM-KH	
Requerente: SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO	Procedência: Interna
Assunto: Solicitação	Situação: Em análise
Data Abertura: 20/01/2023 1:19 PM	

Dados Parecer:

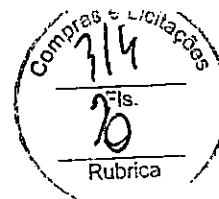
Organograma: Gabinete do Prefeito	Encerrou Processo? Não
	Data Parecer: 26/01/2023 2:53 PM
Descrição Parecer: Em anexo, documento contendo manifestação do Sr Prefeito.	

Elvis Roberto



PREFEITURA DE
**FAZENDA
RIO GRANDE**

GABINETE DO PREFEITO



PROTOCOLO: 3003/2023

SOLICITANTE: Secretaria Municipal de Administração

ASSUNTO: Concessão Onerosa

Conforme solicitação da Secretaria Municipal de Saúde, e de acordo com a Lei nº 1.659/2022, **AUTORIZO** a elaboração do Termo de Referência, objetivando a Concessão Onerosa de Uso de bem imóvel denominado Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida para finalidade de prestação de serviços médicos e hospitalares necessários à população, mediante processo licitatório.

Fazenda Rio Grande, 25 de janeiro de 2023.

MARCO ANTONIO
MARCONDES
SILVA:04318688917

Assinado de forma digital por
MARCO ANTONIO MARCONDES
SILVA:04318688917
Dados: 2023.01.26 14:38:24
-03'00"

MARCO ANTONIO MARCONDES SILVA

Prefeito Municipal

26.01 FAZENDA RIO GRANDE 1990



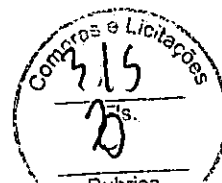
ESTADO DO PARANÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE

[FCPR] - Comprovante de Parecer

Página: 1 / 1

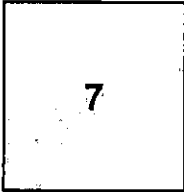
Data: 26/05/2023



Dados Processo:

Número do Processo: 000003003/2023	
Número Único: TGV.HDB.UDM-KH	
Requerente: SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO	Procedência: Interna
Assunto: Solicitação	Situação: Em análise
Data Abertura: 20/01/2023 1:19 PM	

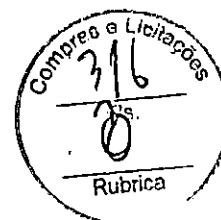
Dados Parecer:

Organograma: Compras Saúde	Encerrou Processo? Não
	Data Parecer: 29/03/2023 1:23 PM
Descrição Parecer: Para Autorização:	

Karine Souza Dias

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ofício nº 43/2023 /FMS



De: Secretaria Municipal de Saúde
Para: Gabinete do Prefeito
Ref. Marco temporal lei de licitações

Fazenda Rio Grande, 28 de Março de 2023.

Senhor Prefeito,

Considerando o decreto nº 6893/2023, que dispõe sobre o marco temporal de transição dos regimes jurídicos de contratações públicas.

Solicito autorização para realização do procedimento licitatório nos termos da Lei Federal nº 8666/1993 e suas alterações, Lei federal 10520/2002 e Legislação correlata ainda vigente.

Justifica-se o pedido visto que o processo encontra-se em trâmite sob protocolo nº 3003/2023, Estudos técnicos, e processos administrativos já em andamento para concessão do Hospital e Maternidade, solicitamos que o processo seja então atuado pela lei nº 8666/93 e demais correlatos.

Sem mais para o momento.

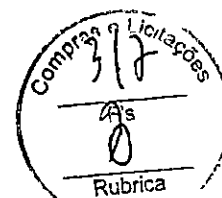
Assinado de forma digital por
FRANCISCO ROBERTO
BARBOSA:94632413968
Dados: 2023.03.28 16:37:16 -03'00'

Francisco Roberto Barbosa
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº. 6813/2023



ESTADO DO PARANÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
[FCPR] - Comprovante de Parecer

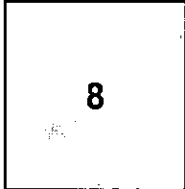
Página: 1 / 1
Data: 26/05/2023



Dados Processo:

Número do Processo:	000003003/2023		
Número Único:	TGV.HDB.UDM-KH		
Requerente:	SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO	Procedência:	Interna
Assunto:	Solicitação	Situação:	Em análise
Data Abertura:	20/01/2023 1:19 PM		

Dados Parecer:

Organograma:	Secretário Municipal de Saúde	Encerrou Processo?	Não
	Descrição Parecer:	Data Parecer: 29/03/2023 1:28 PM	
	Solicito autorização do Senhor Prefeito para realização do procedimento licitatório nos termo da Lei Federal nº 8666/1993 e suas alterações, Lei federal 10520/2002 e Legislação correlata ainda vigente		

Francisco Roberto