



**UCP - FACULDADES DO CENTRO DO PARANÁ
CURSO DE DIREITO**

TAINA BRONHOLO

**A IMPORTÂNCIA DOS CONTRATOS DE GESTÃO PARA MELHORIAS NA
SAÚDE PÚBLICA**



PITANGA - PARANÁ
2019

TAINA BRONHOLO

**A IMPORTÂNCIA DOS CONTRATOS DE GESTÃO PARA MELHORIAS NA
SAÚDE PÚBLICA**

**Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao
Curso de direito, Área das Ciências humanas da
Faculdade de Ensino Superior do Centro do
Paraná-UCP, como requisito à obtenção de grau de
Bacharel em direito.**

**Professor (a) orientador (a): Larissa Copatti
Dogenski.**

PITANGA - PARANÁ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

TERMO DE APROVAÇÃO

“A IMPORTÂNCIA DOS CONTRATOS DE GESTÃO PARA MELHORIAS NA SAÚDE PÚBLICA”

TAINA BRONHOLO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de direito das Faculdades do Centro do Paraná – UCP, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em direito considerado aprovado pela banca examinadora e avaliado como nota: ____ em sua defesa pública, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (Presidente): Prof. Nome do Professor
Curso de direito, Faculdade UCP

Membro: Prof. Nome do Professor
Curso de direito, Faculdade UCP

Membro: Prof. Nome do Professor
Curso de direito, Faculdade UCP

Pitanga, ___ de _____ de 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre me fortalecer, ser luz na minha vida e a força que me mantém firme na caminhada, estando presente em todos os momentos da minha história, livrando-me de todo mal.

Agradeço infinitamente aos meus pais por sempre terem sido a expressão máxima de amor e confiança, minha fortaleza e minha maior inspiração para seguir em frente, superando os desafios e buscando os melhores resultados. Por estarem ao meu lado independentemente do teor das situações, bem como pelos valores e princípios nos quais me educaram.

Agradeço ao meu irmão pela compreensão.

Agradeço aos meus verdadeiros amigos, por toda a fidelidade e o carinho, a força e a alegria com as quais contemplam os meus dias. Por todo o apoio e pelas mãos estendidas em todos os momentos, pelos abraços, pelos risos, pelos choros e pelas confidências, que me fortaleceram a prosperar cada dia mais.

Agradeço a todos os meus professores, mestres e doutores, sem os quais não haveria chegado até aqui, por todo conhecimento transmitido, desde as séries iniciais da educação infantil até os dias de hoje, por todo o tempo disponibilizado e pela dedicação empregada em prol do conhecimento.

Agradeço de coração a todos que de alguma maneira contribuíram para a minha formação e o meu crescimento. Meus singelos agradecimentos!

BRONHOLO, Taina. **A importância dos contratos de gestão para melhorias na saúde pública**. 2019. 68 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso bacharelado em direito – Faculdade de Ensino Superior do Centro do Paraná, Pitanga, 2019.

RESUMO

A saúde é um direito de todos e o Estado possui o dever de garanti-lo, criou-se então uma organização administrativa com a função de promover a saúde em todo o território nacional, o SUS, com a função de fornecer atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O SUS no entanto enfrenta muitos problemas, um deles é a falta de médicos em pequenos municípios no interior dos estados, uma vez que as cidades pequenas não são atraentes para os profissionais de medicina, que muitas vezes preferem morar em centros urbanos mais desenvolvidos, que ofereçam melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida. Os profissionais recém-formados geralmente optam por realizar uma especialização, permanecendo assim próximos a instituições de ensino, e estabelecendo ali seu vínculo empregatício. Outro fator que interfere no interesse por parte dos médicos em trabalhar nos municípios pequenos, é a baixa remuneração. Mesmo com a abertura de concursos públicos com vagas para médicos, muitas vezes estas vagas permanecem em aberto. A criação de uma organização social de saúde, pode ser uma solução para tentar melhorar alguns aspectos da contratação de médicos pelas secretarias de saúde dos municípios, devido a menor burocracia envolvendo a contratação de médicos, e a maior autonomia gerencial que as organizações sociais possuem quando comparadas com a administração direta. A utilização de um contrato de gestão com organizações sociais para a contratação de médicos pode ser uma alternativa viável em pequenos municípios em que ocorre falta de profissionais devido à baixa atratividade salarial ofertada nos concursos públicos. O contrato de gestão pode trazer ao município um controle melhor sobre as atividades, uma vez que as atividades terão metas a serem batidas e a cobrança por transparência nas ações será maior.

Palavras chave: contratação de médicos; recursos públicos; atendimento integral; direito; Sistema único de saúde.

BRONHOLO, Taina. **A importância dos contratos de gestão para melhorias na saúde pública**. 2019. 64 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso bacharelado em direito – Faculdade de Ensino Superior do Centro do Paraná, Pitanga, 2019.

ABSTRACT

Health is a right of all and the State has a duty to guarantee it, so an administrative organization was created with the function of promoting health throughout the national territory, the SUS, with the function of providing comprehensive care, with priority for preventive activities, without prejudice to care services. SUS, however, faces many problems, one of them being the lack of doctors in small municipalities within the states, as small cities are not attractive to medical professionals, who often prefer to live in more developed urban centers, which are more likely to live. offer better working conditions and better quality of life. Newly graduated professionals generally choose to undertake specialization, thus remaining close to educational institutions, and establishing their employment relationship there. Another factor that interferes with doctors' interest in working in small municipalities is low pay. Even with open competitions with vacancies for doctors, these vacancies often remain open. The creation of a social health organization can be a solution to try to improve some aspects of the hiring of doctors by the municipal health departments, due to less bureaucracy involving the hiring of doctors, and the greater managerial autonomy that social organizations have when compared to direct administration. The use of a management contract with social organizations to hire doctors may be a viable alternative in small municipalities where there is a shortage of professionals due to the low salary attractiveness offered in public tenders. The management contract can give the municipality better control over activities, since the activities will have goals to be beaten and the demand for transparency in actions will be higher.

Keywords: hiring doctors; public resources; comprehensive care; right; Health Unic System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo do número de médicos por mil habitantes nas regiões metropolitanas e nos municípios do interior dos estados da região sul, em 2014.	31
Tabela 2 - Comparativo do número de médicos por mil habitantes nas regiões metropolitanas e nos municípios do interior das cinco regiões do Brasil, em 2014.	32
Tabela 3 - Distribuição de médicos, segundo municípios, estratos populacionais da região sul do Brasil, em 2014.	34
Tabela 4 - Expectativa de vida ao nascer - Brasil - 1940/2017.	37
Tabela 5 - Distribuição Percentual dos Municípios e Mediana do Gasto per Capita com Saúde originado de receitas municipais.	39

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICATIVA	11
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 Objetivo geral	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 I CAPÍTULO: A SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL	13
2.1.1 Saúde pública na constituição federal	13
2.1.2 Criação do sistema único de saúde (SUS)	16
2.1.3 Atendimento integral	19
2.1.4 O financiamento da saúde	22
2.1.5 Função de cada ente da federação	25
2.1.6 O que é contrato de gestão	26
2.2 II CAPÍTULO: PRINCIPAIS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS PEQUENOS MUNICÍPIOS	28
2.2.1 Responsabilidades	28
2.2.2 Médicos em pequenas cidades	30
2.2.3 Terceirização	35
2.2.4 Verbas insuficientes	37
2.2.5 Planejamento	40
2.2.6 Experiência profissional dos médicos	41
2.2.7 Superlotação do sistema	42
2.3 III CAPÍTULO: POSSÍVEIS AÇÕES PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO DA SAÚDE	44
2.3.1 Implantação de um contrato de gestão	44

2.3.2	Tipos de contratualização segundo a Secretaria de Gestão (SEGES)	46
2.3.2.1	Contratualização Interna.....	46
2.3.2.2	Contratualização entre o Poder Público e entidades do Terceiro Setor.....	46
2.3.2.3	Escopo.....	46
2.3.3	Decisões do Superior Tribunal Federal	47
2.3.4	Utilização responsável das organizações sociais na saúde pública	49
2.3.5	Possibilidade do uso do contrato de gestão com uma organização social de saúde (OSS) para solucionar o problema de falta de médicos.	52
2.3.6	Criação de organizações sociais	53
2.3.7	Compromissos do contrato de gestão	55
2.3.8	Organizações sociais em municípios	56
3.	METODOLOGIA.....	59
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
5.	REFERÊNCIAS.....	62

1. INTRODUÇÃO

Segundo um estudo Demografia Médica Brasileira que foi realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), só no ano de 2018, 25 mil novos médicos se formaram em todo o país e totalizando quase 500 mil profissionais (SCHEFFER, *et al.*, 2018). É um número ainda baixo, mas que se bem distribuído seria capaz de atender bem a população. Mas então porque ainda faltam tantos médicos no interior?

Uma possível resposta é a má distribuição destes profissionais pelo território do país.

É um fato que os pequenos municípios do interior dos estados sofrem com a falta de médicos para prestação de serviços básicos de saúde, este quadro se repete em todos os estados brasileiros, mas é mais grave nos estados das regiões norte e nordeste do Brasil. No estado do Paraná os municípios pequenos encontram grandes dificuldades para contratação de médicos. Dificuldades estas que são: baixa atratividade aos médicos recém-formados; falta de verba aos municípios, que ficam limitados e muitas vezes não conseguem estabelecer salários atrativos; lei da responsabilidade fiscal, que impõe limites em gastos com pessoal aos municípios; falta de estrutura para trabalho; pouco tempo de permanência dos médicos na função; inexperiência dos médicos; superlotação do sistema de saúde dos municípios; entre outras razões que afastam os médicos de trabalhar em cidades pequenas e afastadas.

De acordo com o levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), apenas 8% dos médicos brasileiros estão localizados nas cidades com menos de 50 mil habitantes, que representam cerca de 90% do total de municípios (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

A grande maioria dos médicos formados preferem morar em grandes centros ou em regiões mais desenvolvidas, seja pela melhor qualidade de vida, ou por melhores condições para empreender em negócios particulares como clínicas ou consultórios. Os profissionais recém-formados procuram meios de continuarem estudando ou fazendo uma especialização enquanto iniciam sua vida profissional, tendendo dessa forma a permanecer mais próximos a instituições de ensino, e estabelecendo ali seu vínculo empregatício. Outro fator que interfere no interesse por parte dos médicos em trabalhar nos municípios pequenos, é a baixa remuneração, onde ocorre que mesmo com a abertura de concursos públicos com vagas para médicos, muitas vezes estas vagas permanecem em aberto. Devido à baixa arrecadação em pequenos municípios, os salários ofertados são baixos em relação ao mercado de trabalho da área médica. Após a descentralização das atividades, os municípios passaram a ser os maiores

responsáveis pela contratação de trabalhadores do SUS, levando a outro problema que é o confronto com a Lei da Responsabilidade Fiscal, que estabelece que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 50% da receita dos estados e municípios, limitando assim as contratações de médicos.

Não se pode negar que o atendimento em municípios pequenos é difícil, pois é comum faltar equipamentos para o atendimento aos pacientes, além de medicamentos e suprimentos básicos, como suturas e ataduras, além de insumos para o trabalho, é comum faltar equipe de suporte ao médico como enfermeiros, o que aumenta os riscos e aumenta ainda mais a responsabilidade do médico. A falta de opções de lazer é outro ponto negativo das cidades pequenas que muitas vezes não oferecem boas opções de lazer, cultura e gastronomia. Na maioria das vezes, a rotina do médico no interior fica limitada ao atendimento nos hospitais e clínicas, com plantões em feriados e fins de semana, obrigando os profissionais a viajarem longas distâncias até cidades maiores para que possam ter acesso a outras opções de lazer. A dificuldade de se especializar, quando se mora em uma cidade pequena, também é maior, uma vez que os programas de residência estão localizados justamente nos grandes centros, e principalmente na região centro-sul do país. As capitais também concentram mais cursos de curta duração e os principais congressos médicos.

Em estudos realizados pelo IBGE, pode-se observar que há uma diferença enorme entre a quantidade de médicos nos grandes centros e nas cidades do interior dos estados. Nos grandes centros do estado do Paraná o número de médicos por mil habitantes é 5,69, enquanto que em cidades pequenas do interior do estado este número cai para 1,36 médicos por mil habitantes.

O estudo Demografia Médica Brasileira mostrou, ainda, que cerca de 55% dos médicos vivem em uma das 27 capitais nacionais, atendendo a 23,8% da população. Ou seja, mais da metade dos profissionais está onde mora menos de um quarto da população.

O problema é que mesmo havendo o aumento no número de médicos no estado do Paraná, a população não obteve os benefícios esperados, uma vez que há uma concentração de médicos na capital. O Paraná é um exemplo desta desigualdade, pois na capital Curitiba estão alocados 1,9 milhão de habitantes que representam 16,8% da população do estado, mas conta com 10.867 médicos, ou seja, 45,9% dos médicos do estado, o restante da população, 83,2%, conta com apenas 54,1% dos médicos. A teoria de que aumentando o número de médicos, solucionaria o problema de falta de médicos nas regiões menos desenvolvidas, não vem se

mostrando verdade, pois o aumento na população de médicos, que houve em todo o território nacional nos últimos anos, não repercutiu ainda nas regiões mais distantes e menos desenvolvidas (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

Levando em consideração estes fatos, é necessário se buscar alternativas que pelo menos amenizem os problemas de falta de profissionais da área médica nos pequenos municípios, ficando a seguinte pergunta: como contratar médicos para atendimento da saúde em municípios pouco desenvolvidos, com baixo orçamento e seguindo o cumprimento de todas as leis?

1.1 PROBLEMA

Quais as possíveis soluções a serem utilizadas para a solução destes entraves, de modo que seja possível se garantir o pleno funcionamento da saúde pública municipal, considerando as situações enfrentadas pelas administrações municipais?

1.2 JUSTIFICATIVA

A contratação de médicos pelos municípios muitas vezes se torna difícil, devido à baixa oferta de profissionais no mercado de trabalho. A situação se agrava em cidades pequenas, onde o baixo desenvolvimento urbano e os salários pouco atrativos acabam por desestimular a vinda destes profissionais para o local.

O artigo 37 da constituição federal prevê a contratação dos cargos efetivos ou empregos públicos de médicos, para posteriormente preenchê-los via concurso público, pois entende-se que a área da saúde é atividade fim do estado (específico e essencial). Porém ocorre que, em muitos casos a abertura de concursos públicos acaba por não preencher as vagas destinadas a médicos, pois a faixa salarial oferecida não é atraente à classe ou as condições de trabalho não são consideradas satisfatória. O artigo 37, em seu inciso XI, também define o teto remuneratório máximo municipal, baseado no subsídio dos Prefeitos, onde ninguém no âmbito da Administração Pública Municipal pode ganhar mais que o Prefeito.

É dever de o município possuir médicos para atender a população, sendo assim a alternativa restante é a contratação temporariamente por excepcional interesse público, na forma da lei, para garantir a prestação de serviços de saúde. Quando a contratação por

concursos não dá os resultados esperados, resta apenas contratar por meio da lei de licitações, mesmo que não se atenda absolutamente o mandamento constitucional.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar as possíveis soluções para os entraves que dificultam a contratação de profissionais da área médica em pequenos municípios.

1.3.2 Objetivos específicos

Encontrar meios para superar os desequilíbrios orçamentários do município.

Buscar meios que possibilitem a vinda de profissionais da área de saúde para atendimento da população de municípios com pequeno porte.

Propor formas para a contratação de médicos em casos onde não há preenchimento das vagas por concurso público.

Identificar novos métodos e ferramentas administrativas para a gestão da saúde, buscando resolver os problemas enfrentados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 I CAPÍTULO: A SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL

2.1.1 Saúde pública na constituição federal

O direito à saúde é detalhado pelo artigo 156 da constituição federal de 1988, todos os brasileiros possuem direito a saúde e o Estado possui o dever de garanti-lo, através de políticas sociais e econômicas visando a redução dos riscos de doença e seus agravos, também é dever do estado garantir o acesso universal e igualitário de ações e serviços para promover, proteger e recuperar a saúde (BRASIL, 1988). Segundo a constituição federal de 1988 a saúde faz parte da ordem social, juntamente com a justiça social e o bem-estar (MOURA, 2013). A saúde é definida como um direito social no artigo 6º da constituição federal. Este artigo define que a proteção à maternidade e à infância, a educação, o lazer, a alimentação, a saúde, o trabalho, a segurança, a moradia, o transporte, a previdência social e a assistência aos desamparados, são todos direitos sociais (BRASIL, 2016).

A saúde segundo o que determina a constituição, deve ser um direito garantido a todos e que é função do estado, através de ações socioeconômicas, reduzir as probabilidades de doenças e garantir que todos tenham acesso em condições igualitárias, às ações e serviços para promover, proteger e recuperar a saúde (BRASIL, 1988).

Devido ao fato de o direito à saúde estar diretamente ligado ao direito à vida, a saúde teve especial importância na constituição, tendo assim seu próprio capítulo. A saúde é de fundamental importância, pois afeta diretamente a dignidade do ser humano (MOURA, 2013). A saúde tem importância peculiar perante os demais direitos sociais recebendo assim uma proteção jurídica especial na tanto juridicamente quanto constitucional mente (SARLET, 2006).

Desta forma, o estado se viu obrigado a formular ações públicas socioeconômicas para proporcionar, amparar e fortificar a saúde em todo o território da nação (MARTINS e DIMOULIS, 2010). Essa proteção a saúde seguiu o mesmo rumo do direito internacional que de forma geral deixa a cargo do estado promover, prevenir e curar a saúde, assim também como possibilitar e/ou garantir o acesso à população do tratamento, a fim de se não for possível a cura, mas pelo menos uma qualidade de vida melhor (OMS, 2010).

Antigamente a saúde era entendida como a não existência de uma doença, porém o conceito mudou com o passar do tempo e hoje entende-se que saúde é bem mais abrangente e

vai desde o conforto físico e mental até o conforto social do homem, visto que muitas doenças são ocasionadas pelo tipo de ambiente que se vive ou mesmo por hábitos. Mesmo assim as ações governamentais em sua maioria são em direção ao controle das doenças e também para manter a disponibilidade de medicamentos (SCHWARTZ, 2003).

O artigo 196 da constituição, trata de um tema muito amplo, dando ao estado a responsabilidade de criar políticas econômicas e sociais que possibilitem a disponibilidade de maneira universalizada e igualitária a saúde pública para promover, proteger e recuperar da saúde. Isso gera muitas dúvidas e temas para discussões, trazendo muitas vezes entraves na prestação de serviços à população. Um dos maiores entraves é saber até onde o estado tem a obrigação de fornecer atendimento, visto que as necessidades e possibilidades são muitas, como: O atendimento por médicos em hospitais e de profissionais de odontologia; a disponibilidade de qualquer forma de medicamento utilizado em tratamento de saúde; a possibilidade de execução exames médicos de todos os tipos; a disponibilização de insumos como, óculos, próteses, aparelhos dentários, juntamente com outras possibilidades. Aplicando assim da lei e promovendo, preservando e restaurando a saúde assim como a vida das pessoas, o estado depende de criar estruturas organizacionais sendo um uma função clara do Estado a de criar e incentivar a que os órgãos capacitados a atuarem no amparo dos direitos e ações adequadas para proteger e promover os direitos (MOURA, 2013).

A constituição federal de 1988 garante o direito à saúde pela população e a função do estado em garanti-la, porém não impões limites, não se sabe até onde se deve ir ou não, ou seja, não deixa explícito se o direito à saúde deve compreender todos os tipos de prestação de serviços que estejam ligados à saúde. Isso faz com que estas decisões sejam tomadas pelos legisladores (federais, estaduais e municipais), dependendo da competência determinada na constituição, em casos de conflitos cabe a justiça, quando demandada, analisar as regras da constituição e definir o que deve ser feito. Como não há uma definição clara do que era ou não um instrumento do direito à saúde, passou estão ao legislador o dever de fazer as regras para aplicação do direito seguindo a Constituição Federal de 1988. Para aplicação dos direitos fundamentais devem-se criar organizações com a função de definir os passos que devem ser seguidos, os outros direitos fundamentais também oferecem uma influência na formação destas organizações, sendo assim também servem, como direção para a interpretação e aplicação das regras procedimentais (SARLET, 2006).

As organizações e procedimentos devem ser feitos de forma que a aplicação do direito seja com, com probabilidade suficiente e com medida suficiente, para garantia de um serviço de qualidade (ALEXY, 2008). Existe um vínculo entre os direitos que são considerados fundamentais, a organização e os métodos adotados, sendo um dependente do outro, sendo assim, ao mesmo tempo em que o estado possui deveres de proteção, estes devem ser realizadas seguindo regras administrativas e criando órgãos com a finalidade de realizar o amparo e promover os direitos, a extensão e limites dessas regras e órgãos estão dispostos pela própria Constituição (SARLET, 2006).

A única forma de se alcançar resultados de acordo aos direitos fundamentais e de garantir que haja eficiência na aplicação das leis é através de uma organização e de procedimentos. As pessoas possuem o direito de receber serviços públicos positivos, de grande importância que a liberdade de escolha administrativa não se afaste vinculação do caráter e força jurídica, deste modo o agente público jamais poderá agir conforme seus conceitos ou a sua conveniência, mas sim seguindo as pautas da lei, visto que de forma alguma podem ser apenas palavras, a preservação da condição de dignidade do ser humano é obrigatório (BAHIA e ABUJAMRA, 2010).

Na constituição, nos trechos onde a saúde é retratada como sendo um direito, já são deixados alguns pontos que definem a proporção de organização e de procedimentos a serem seguidos. A administração e a exercício das ações para proteger e promover a saúde no Brasil, foi determinada ao Sistema Único de Saúde nos artigos de 198 até o artigo 200 da constituição federal. O texto de 1988 vai muito além de propor a geração de uma composição administrativa para assegurar o direito à saúde, ela mostrou, como deveria ser a conduta dessa estrutura e as finalidades que deveria perseguir, mostrando o esquema do que viria a ser o Sistema Único de Saúde. Assim surgiu o SUS, ou sistema único de saúde, que foi previsto na constituição de uma forma generalizada, sendo definido os meios a serem seguidos para um funcionamento adequado, porém para definir as funções específicas do órgão foram criadas leis específicas para a saúde. Na Lei Federal número 8080, de 19 de setembro de 1990, estão definidas as responsabilidades e forma de funcionamento do Sistema Único de Saúde, assim também na Lei Federal número 8142, de 28 de dezembro de 1990, define como comunidade deve ser a participar da gestão do Sistema Único de Saúde e também como devem ser os repasses de verbas entre os governos federal estadual e municipal no campo da saúde. Além dessas leis, ainda há alguns procedimentos que são definidos através de regulamentação,

publicação de decretos, e de portarias. Essas normas de nível hierárquico menor são feitas respeitando as leis da constituição federal e as leis específicas da saúde, para que se possa garantir que os procedimentos relacionados a saúde sejam efetivos e garanta os direitos fundamentais a população. Existe também o que se chama de direito sanitário que é formado não apenas pela constituição, mas também por leis específicas do campo da saúde, protocolos e portarias do SUS (MOURA, 2013).

É do estado a responsabilidade de disponibilizar saúde, através da regulamentação, da fiscalização e do controle das ações e serviços de saúde. O acesso a medicamentos pela população, faz parte das políticas sanitárias também estão contextualizadas para um direito à saúde efetivo, assim sendo todas as atuações e políticas relacionadas a produtos fármacos também estão submetidos à legislação da saúde. Na constituição federal em seu artigo 198 estão descritas as diretrizes da do sistema único de saúde: que a organização deve ser descentralizada, estabelecendo os deveres da união, dos estados e distrito federal e municípios; o atendimento completo, sendo que a prevenção possui prioridade, mas sem prejudicar os serviços assistenciais; a inclusão da sociedade na gestão do sistema. Porém a conduta do SUS não e apenas estas, sendo observados além desses, mais alguns fundamentos que norteiam o modo de agir da gestão pública. O conhecimento desses pontos pode ser fundamental para a universalização do atendimento no campo da saúde, tais como um atendimento completo, com ações e se serviços descentralizados e também para o envio de recursos do SUS. O conceito de atendimento universal não deve ser aplicado apenas para o SUS, mas deve ser aplicado a toda a o campo da saúde (MOURA, 2013).

2.1.2 Criação do sistema único de saúde (SUS)

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi para se concretizar o que está na constituição federal de 1988, criando-se assim uma organização administrativa com a função de promover a saúde em todo o território nacional, estabelecendo premissas como o acesso universal e igualitário. É uma rede com subdivisões e com hierarquias, de acordo com a constituição (SUS, 2019).

O artigo 196 diz que a os brasileiros possuem o direito a ter acesso a saúde e o estado possui a obrigação de garanti-lo, através de políticas socioeconômicas para de reduzir o risco de doença e de suas complicações. O mesmo artigo também garante que o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, devem ser absoluto e democrático. No

artigo 197 é possível ver que o poder público deve decidir conforme o que diz a lei, sobre a controle, regulamentação e fiscalização e de tudo o que rege sobre a saúde, através de ações diretas ou de ações realizadas por terceiros e, isso também se estende a pessoa física ou jurídica que estejam de alguma forma envolvidos. O artigo 198 define como deve ser a organização das ações dos serviços, na forma de uma rede subdividida em regiões e respeitando a hierarquia, da seguinte forma: descentralizada, mas com um objetivo em comum nas três esferas; deve garantir um atendimento absoluto, com atendimento priorizado a prevenção de doenças, mas sem prejuízos aos outros serviços essenciais; garantindo também que haja da população. (BRASIL, 1988).

A constituição de 1988 tornou o acesso a saúde universal, pois diferencia a saúde da previdência social, em outras palavras, independente de quanto cada um tenha contribuído, todos possuem o mesmo direito perante aos serviços. Isso não é um mero detalhe, na verdade se tornou um fato importante, pois foi apenas com a constituição de 1988 que os serviços e ações de saúde passaram a ser reconhecidos como um direito a todos os brasileiros sem que houvesse distinção quanto a contribuição, contrariando o que existia antes, no sistema de previdência social, essencialmente contributivo (MOURA, 2013).

Ao analisar o histórico da saúde pública é possível se ver que o tratamento não era igual para toda a população brasileira, isso devido a não haver grande participação do governo na saúde e também pelo fato de haver algumas restrições de saúde, deixando algumas classes sociais desamparadas (BERTOLLI FILHO, 2010).

O SUS foi implementado no ano de 1990, através da Lei 8080, e assumiu o que antes era função do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que era uma autarquia cuja a sua função era a de fornecer o suporte a saúde para aqueles que eram contribuintes da Previdência e teve sua atuação iniciada no ano de 1974, logo após o desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (SUS, 2019). Durante esta época o atendimento público não era para todos e apenas os contribuintes da previdência social possuíam o direito a serviços de saúde, ou seja, pessoas que possuíam vínculo empregatício, quem não possuía este vínculo tinha direito apenas aos serviços preventivos, aquelas pessoas com menor poder aquisitivo não eram amparadas e estavam sujeitos às instituições filantrópicas para atendimento médico. Isso mudou após grandes movimentos que impulsionaram a formulação de uma nova lei específica e universal na assembleia de 1987. No ano de 1986, do dia dezessete até o dia vinte e um de março, em Brasília (Distrito Federal)

foi realizada a oitava conferência nacional de saúde (CNS), objetivando discutir vários temas, dentre eles estava a criação de um novo do sistema nacional de saúde pública, que trouxesse dentre outras coisas, o aumento da cobertura e conseqüentemente abrangesse de forma melhor a população. Como resultado desta conferência surgiu o sistema unificado e descentralizado da saúde (SUDS) que era o convenio do INAMPS e os estados, a partir desta ideia iniciou-se a formulação de ideias que levaram à criação do que é o SUS vindo a ser incluso na Constituição Federal de 1988 (CORDEIRO, *et al.*, 2009).

A universalidade do direito ao acesso à saúde não está necessariamente expressa em dispositivo constitucional, porém está nas entrelinhas do artigo número 196 da Constituição Federal de 1988. Este artigo descreve que deve haver acesso universal em ações e serviços de saúde, isso possibilita que qualquer pessoa possa se utilizar do Sistema Único de Saúde. Através dessa lei tornou-se possível o acesso igual para todos, desta forma o atendimento deve ser indiferente em quanto a grupos de pessoas com maior ou menor contribuição e independente do tipo serviços prestados, e todos os usuários estariam submetidos às mesmas regras (MOURA, 2013).

Segundo Heriques F. V., (2008), para que haja realmente um igualitário e universal, ele deve ser gratuito, uma vez que, algum serviço público que exige algum tipo de recebimento monetário, não pode ser considerado universal.

O atendimento à população é feito através de uma rede própria juntamente com contratados, sendo que os contratados são utilizados como um complemento e dando-se preferência para as entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos. A Lei nº 8.080/1990 também traz algumas explicações de como deve ser a atuação da das instituições não governamentais nos serviços públicos de saúde, atuando quando a estrutura pública não for suficiente para atender a população de determinada região, porém estabelece que a iniciativa privada não pode substituir por completo a os serviços públicos (PIANETTI, 2014).

As funções do SUS possuem variações que vão desde a fiscalização até a atividades que estão ligadas a saúde de forma indireta, como por exemplo, a fabricação de medicamentos e materiais utilizados, capacitação dos profissionais e a procura por melhorias na saúde. A constituição federal deu um norte para os procedimentos, mas para que isto fosse colocado na pratica foi feita uma legislação especifica para a prestação de serviços de saúde pública. De uma forma geral a Lei Federal n. 8080/90, veio para definir como o SUS deve ser organizado e a Lei Federal 8142/90, veio para definir como a população pode participar da gestão do

SUS, a mesma lei também traz esclarecimentos sobre os repasses de verbas entre os governos federal, estadual e municipal no campo da saúde, formando assim a lei orgânica da saúde (MOURA, 2013).

O segundo artigo da lei federal 8.080/90, estabelece que a saúde é um direito fundamental para todos os brasileiros e que o estado deve estabelecer as condições necessárias para tal. No quinto artigo da mesma lei colocam-se os maiores objetivos do sistema único de saúde, sendo eles: identificação e divulgação de causas condicionantes e determinantes da saúde; elaborar política; promoção, proteção e recuperação da saúde através de assistência e prevenção (BRASIL, 1990).

A Lei Federal 8.080/90 confirma o que diz na constituição além de acrescentar outras imposições no artigo 6º, sendo: vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e amparo terapêutico integral, assim como farmacêutica. O custeamento da saúde também foi tratado nesta lei, porém em 2011 foi criada uma lei complementar para este assunto (Lei Complementar 141/2011) (MOURA, 2013).

2.1.3 Atendimento integral

Um dos pontos norteadores da constituição foi o atendimento integral, que foi incluído na constituição e teve origem na medicina integral, ela propõe que o modo de agir na medicina não deve se basear apenas em conceitos biológicos, devido as observações psicológicas e sociais. Nesse sentido entende-se que a medicina integral deve agir também prevenindo o surgimento de doenças e focando na saúde da população (MATTOS, 2001).

Na constituição está descrito que medidas de prevenção são de fundamental importância, determinando que haja o atendimento de forma integral, onde se deve dar fundamental importância para a prevenção, mas tomando cuidado para garantir que os serviços assistenciais não sofram prejuízos. Sendo assim o SUS garante apenas serviços de função preventiva e/ou curativa, relacionadas a ações de promover, proteger e recuperar a saúde.

Segundo o que diz o artigo 198, inciso II: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Neste mesmo contexto a Lei 8080/90, artigo 7º, inciso II, complementa: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Vale ressaltar que nem a constituição federal e nem a Lei Federal 8080/90 deixam claros quem deve ser considerado usuário ou não ou ainda quais ações podem ser consideradas. Desta forma entende-se que alguns fatores influenciam na saúde, porém não devem ser incluídos no atendimento no SUS, como por exemplo: a alimentação; a moradia; o saneamento básico exceto em casos especiais; e o lazer (WEICHERT, 2010).

O atendimento do SUS traz alguns questionamentos, como em casos de pacientes que estão na rede privada de saúde, se possuem direito a medicamentos pelo SUS ou não. Nestes casos há o entendimento que o paciente que optar pelo atendimento privado, não pode se utilizar do atendimento pelo sistema público, porque entende-se que para o paciente possa receber atendimento público, o paciente deve estar com o atendimento integralmente na rede pública e não parcialmente. Seguindo este raciocínio, apenas usuários que tenham escolhido por utilizar o sistema público teriam direito a receber medicamentos (SANTOS, 2007).

Desta forma Weichert, M. A. (2010), diz que devido ao princípio da integralidade os usuários do sistema privado não podem utilizar-se dos benefícios do SUS. Assim sendo os serviços ofertados pelo sistema público devem ser para pessoas que aderiram ao SUS, ou seja, estes recursos devem ser alocados para aquelas pessoas que seguiram de acordo com as normas e procedimentos específicos, os indivíduos que escolheram utilizar o sistema privado não são preferenciais para se conseguir benefícios do sistema público em determinado tratamento. O cidadão que escolheu o sistema público tem direito garantido a assistência integral, porém o cidadão que escolheu o sistema privado, a regra constitucional não obriga o SUS a providenciar insumos isolados.

A utilização de farmacêuticos no sistema público foi definida pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, deu um regulamento para a Lei Federal 8080/90, dando a concepção de integralidade limitada apenas para indivíduos que utilizam unicamente o serviço público. Desta forma no artigo 28 do decreto, diz que para se ter direito a receber medicamentos, deve-se: utilizar-se das ações e serviços de saúde pública; os medicamentos devem possuir prescrição médica; e a prescrição não pode ter irregularidades com o RENAME e estar conforme protocolos clínicos e estar de acordo com as diretrizes terapêuticas, e não haver quais quer outras desconformidades; e ser fornecido em locais autorizados pela administração do SUS; em casos especiais o usuário pode ter sua assistência farmacêutica ampliada, quando devidamente justificado perante alguma questão de saúde

pública; em alguns casos especiais, pode-se ainda criar normas diferenciadas para o fornecimento de medicamentos (BRASIL, 2011).

O decreto determina que para determinada pessoa ter o acesso à assistência farmacêutica, deve-se comprovar que o usuário amparado pelo SUS. Segundo Moura, (2013), isso pode não apresentar legalidade, uma vez que contraria o que dia na constituição ou com a Lei Federal 8080/90. A constituição prevê no artigo 203 todos aqueles que necessitarem, possuem direito a assistência social. Mas no que se refere ao direito a saúde, perante a constituição de 1988, todas os indivíduos possuem direito a utilizar os serviços do SUS, independentemente das condições econômicas que possua para manter sua saúde.

Algumas pessoas contratam planos de saúde e pagando com grande esforço, devido a deficiências no sistema público, ou ainda há aqueles que possuem planos de saúde como forma de benefícios para o empregado, tornando-se assim injusto negar a estas pessoas o direito a obter medicamentos pelo SUS, o que acaba por ser uma espécie de punição para a pessoa que utiliza o sistema privado. Assim sendo, esta regra não tem fundamentação nas leis e nem constituição. Visto que no artigo 196 da constituição está definido que todos possuem direito a saúde e o estado possui o dever de conceder-lo, assim não cabe à lei limitar a extensão desse direito fundamental. Também não permite que o direito a saúde seja reduzido a apenas algumas classes de pessoas, ou seja, aquelas que estão em atendimento integral pelo SUS (MOURA, 2013).

A restrição na distribuição de medicamentos para pacientes que não utilizam a rede pública é inconstitucional, pois não possui uma base legal para tal, afrontando assim um direito tão importante que é à saúde das pessoas, que estão necessitando de tratamento. Por estar em um nível hierárquico menor que a lei federal 8080/90, o decreto federal número 7.508/11 não pode limitar o que já existe, possui apenas papel de orientar a conduta e as tomadas de decisão para tornar mais fácil a execução da Lei (MELLO, 2005).

Isso ocorre porque tais regulamentos são feitos em gabinete fechado, longe da opinião pública, sem serem expostos ao público, sem fiscalização e sem consultar os verdadeiros interessados nas formulações dessas normas, a população. O que ocorre é as normas são feitas para se cumprir a ordens de pessoas ligadas ao poder executivo, não possuindo contato com a população, sendo feito por auxiliares diretos ou imediatos do governo que apenas confeccionam sem antes passar por uma análise criteriosa. São criadas sem debates sobre o assunto, ou sem consultar as outros pensamentos políticos e/ou de

ideologias diferentes, ou ainda sem passar pela avaliação de pessoas capacitadas por formação e/ou com maior entendimento profissional na área e preparado para dar orientações técnicas ou científicas, surgindo de forma inesperada e do mesmo modo que pode ser modificado ou se extinguir (MELLO, 2005).

O entendimento do atendimento integral deve ser de forma a englobar também os tratamentos preventivos, em especial os de combate a epidemias, isso inclui: vacinação; atendimentos médico; consultas médicas; intervenções cirúrgicas; internações em hospitais; assistência farmacêutica; fornecimento de próteses e outros insumos (MOURA, 2013).

Um atendimento pela rede pública deve ser feito de forma adequada, não importando a complexidade do caso, o valor do tratamento, ainda que esse atendimento necessite de medicamentos que não estejam lista pelo SUS (SERRANO, 2012).

Lei Federal 8080/90, nas linhas do artigo 19 define que durante o amparo terapêutico, é permitido cessar o fornecimento de medicamentos desde que haja prescrição médica e que esteja em de acordo com os meios terapêuticas definidos para a determinada doença (MOURA, 2013).

Há uma clara necessidade de se criar padrões e regras que limitem o atendimento para que se tenha uma economia de recursos e que aperfeiçoe ao atendimento, evitando que os atendimentos variem de um lugar para outro ou de pessoa para pessoa, isso é uma realidade em qualquer sistema, seja público ou privado, tornando o sistema racional, desta forma as padronizações e limitações são importantes. Porém estas padronizações não podem moldar o direito, não podendo o poder público vir alguma forma a restringir os direitos garantidos pela constituição, em especial o da saúde, isso configura, caso ocorra, uma violação as premissas essenciais, assim sendo o administrador público teria a possibilidade de invalidar um comando constitucional (DALLARI e NUNES JÚNIOR, 2010).

Segundo Serau Junior, (2010) o SUS deve oferecer um atendimento privilegiado, mas sem impedir que em caso de necessidade onde o tratamento não se faz eficiente, que o poder público de forma diversa.

2.1.4 O financiamento da saúde

Para que os direitos garantidos pela constituição sejam colocados na prática, se faz necessário que haja também garantias mínimas de orçamentos. A constituição possui nível hierárquico maior que os legisladores comuns ou dos três poderes, o que os obriga a cumprir

com as normas da constituição. O financiamento a saúde foi inserido na constituição com especial zelo, considerando as ações e serviços de saúde, considerados relevantes pelo ordenamento constitucional, deveriam ser financiados com os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Desta forma, até o momento da criação da lei complementar que foi prevista no §3º do artigo 198, as regras de financiamento seriam o que está listado artigo 77 do ato das disposições constitucionais transitórias (ADCT), sendo que o estado deveria repassar pelos menos 12% (doze por cento) da arrecadação própria, além das transferências do Fundo de Participação dos Estados, os municípios, teriam o dever de repassar pelo menos, 15% (quinze por cento) da arrecadação própria, além das transferências do Fundo de Participação dos Municípios e à União, o valor empenhando no exercício financeiro anterior acrescido da variação nominal do PIB (BONAVIDES, 2009).

No ano de 2012 foi criada a lei complementar federal n. 141. Esta lei determina os valores mínimos a serem repassados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios no setor de saúde pública, a lei também determina as normas para o rateio dos recursos para a saúde, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas. Os valores mínimos para repasse continuará iguais ao que se seguia no ADCT, se houver alterações. O que mudou com a lei 141/12, foi o fato de a união ter o poder de limitar o repasse do rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em casos de descumprimento pelos Estados e municípios do repasse mínimo para saúde, sendo que o valor que seria destinado a estes, fica então depositado na conta vinculada ao Fundo de Saúde (MOURA, 2013).

A Lei Complementar 141/12 determina em seu artigo terceiro, como dever ser a aplicação dos recursos mínimos. Estes recursos podem ser utilizados em: cuidados na saúde quanto a prevenção de epidemias e problemas sanitários; assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; capacitação do pessoal e desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade; produção, aquisição e distribuição de imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, de distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; ações ambientais para controle de vetores de doenças; execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de

estabelecimentos públicos de saúde; remuneração do pessoal ativo da área de saúde, entre outros (BRASIL, 2012).

Resumindo o que foi exposto acima, a lei complementar 141/12, na sua função de definir em que se deve ser gastos os recursos destinados a saúde pelos entes da federação, define dois pontos principais. Primeiramente define os gastos envolvendo as políticas sociais e econômicas em ações a fim de promover melhores condições de saúde e prevenir problemas sanitários e epidemiológicos. A lei em um segundo momento também traz ações a fim de melhorar as condições de atendimento a fim de garantir acesso integral e imparcial na recuperação, proteção e promoção da saúde, como investimentos em estruturação, insumos e capacitação de profissionais. Segundo Lenir Santos (2012), o estado deveria ser o responsável pelas ações de bem-estar social, deixando o SUS somente com a função promover, proteger e recuperar a saúde.

O saneamento básico, também possui uma certa importância para a promoção da saúde pública, porém não foi incluído nos serviços de saúde, em especial aqueles cuja haja cobrança de taxas. Manteve-se a obrigatoriedade apenas em alguns casos especiais e quando há autorização do Conselho de Saúde e do ente financiador do projeto, como: saneamento de domicílios ou de pequenas comunidades; distritos sanitários especiais indígenas; e de comunidades remanescentes de quilombos (MOURA, 2013).

Segundo o artigo 4º da lei complementar 141/12, para fins de apuração dos percentuais mínimos, não podem ser considerados gastos com saúde aqueles relacionados a: gastos com aposentadorias e pensões; pessoal ativo atuando em outras áreas; gastos que não garantam acesso universal; merenda escolar e outros programas de alimentação; saneamento básico, exceto em casos especiais; remoção de resíduos e/ou limpeza urbana; preservação e correção do meio ambiente; ações de assistência social; obras de infraestrutura; entre outros (BRASIL, 2012).

A forma de divisão de recursos para os estados e municípios é definida pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com necessidades de saúde da população, variando conforme a necessidades de prevenção epidemiológica, conforme a demografia e conforme o desenvolvimento socioeconômico (MOURA, 2013). A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) reúne gestores que juntos possuem a competência de negociar, articular e decidir a operação do SUS e realizar pactos

nacionais, estaduais e regionais, e tem a função de gerenciar as ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde (MS, 2019).

A transferência dos recursos mínimos deve ser repassada automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde, que por sua vez realiza o repasse para outros fundos de saúde, tendo como objetivo diminuir as desigualdades entre as regiões. A condição para que os entes federativos recebam os recursos é o funcionamento do fundo, plano e conselho de saúde, somente assim são repassados os recursos de um ente para outro. Para fiscalização da utilização dos recursos, o ministério da saúde criou sistemas de registro eletrônico centralizado, onde devem constar todas as informações orçamentárias relativas aos recursos da saúde, de forma que a população tenha acesso as informações dos gastos públicos com saúde. Em caso onde os estados não realizarem os repasses mínimos, os recursos podem ser limitados pela União até o valor da parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, através de depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, o mesmo ocorre aos municípios que não fizerem o uso do dinheiro destinado a saúde (MOURA, 2013).

Em seu texto original, a lei complementar 141/12, destinaria a área da saúde as verbas arrecadadas da própria área por meio de multas, tarifas e taxas, o texto também definia a correção das verbas à saúde, sempre que houvesse revisão do PIB, também estava previsto que o dinheiro destinado a saúde, enquanto não era utilizado, poderia ser alocado em fundos de investimentos que trariam rendimentos e por sua vez seriam utilizados na saúde. Porém ambos as propostas receberam veto presidencial, não sendo assim aprovadas (CARVALHO, 2012).

Tanto a união, os estados e os municípios, são responsáveis pela execução dos serviços e ações ligadas a saúde pública, devendo esses agir de forma organizada e solidaria. Apesar disso as normas que definem a divisão dos percentuais mínimos do PIB a serem repassados são diferenciadas a cada um dos entes, objetivando trazer uma prestação de serviços de saúde melhor para a população, trazendo a oportunidade de participação da comunidade na política sanitária (MOURA, 2013). Os municípios devem possuir uma atenção especial, pois se encontram em contato direto com a população e da vida local, estando a par das peculiaridades de cada local, caso contrário, a transferência de responsabilidades sem o apoio financeiro necessário acaba por se tornar uma descentralização por ausência. A transferência da responsabilidade da saúde para os municípios, pode ser uma

irresponsabilidade onde apenas se retira da União a responsabilidade de efetivar a política pública (ARRETCHE, 1996).

A Constituição Federal de 1988 trouxe as quantias mínimas que se deve investir na área da saúde com base no PIB, porém este percentual não deve ser o teto, pois a União possui o dever de garantir melhores condições de saúde a população e assim sendo, pode e deve aplicar os recursos necessários à saúde principalmente em problemas graves enfrentados pela população, como é o caso de tratamentos caros como o do câncer, onde a maioria da população não possui condições financeiras para arcar com um tratamento (MOURA, 2013).

2.1.5 Função de cada ente da federação

O governo federal possui a responsabilidade de gerenciar todos os sistemas de saúde do país, sendo estes de grande complexibilidade e também é responsável pelos laboratórios públicos. Esse gerenciamento é realizado por meio de ministério da saúde, que planeja e fiscaliza o SUS. O ministério da saúde é responsável por fornecer metade recursos da área, que por sua vez é determinada pelo orçamento geral da união, anualmente (BRASIL, 2019).

O governo estadual possui a responsabilidade de fornecer no mínimo 12% das receitas estaduais para complementar a verba federal, criar políticas regionais de saúde que auxiliem as políticas federais. Também é dever do estado repassar recursos aos municípios, gerenciar laboratórios e hemocentros, gerenciar os hospitais de referência e locais de atendimentos complexos (BRASIL, 2019).

Já o município fica com a função de fornecer serviços básicos de saúde e levar esses serviços as localidades onde se necessite de atendimento, juntamente com o governo federal e municipal. Também podem criar políticas públicas de saúde, como forma de auxílio as políticas federais e estaduais. O município também é obrigado a utilizar pelo menos 15% sua própria receita em ações ligadas a saúde, além dos repassados pela união e pelo estado (BRASIL, 2019).

2.1.6 O que é contrato de gestão

Levando em consideração que a privatização vai contra o que diz a constituição federal e também pode causar entraves na lei de responsabilidade fiscal, a saída pode ser o contrato de gestão, que se trata de uma ferramenta de gestão que busca aumentar a autonomia dos gestores devendo oferecer em troca melhores resultados na garantia da qualidade do

cuidado e dos serviços de saúde. Analisando as possíveis formas de melhoria na gestão da saúde em diversos lugares, observa-se que se iniciou um processo de revisão do planejamento local e dos protocolos assistenciais no sentido de implantar os contratos de gestão e incentivar os profissionais na gestão por resultados no SUS (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

São instrumentos gerenciais que visam a uma administração por meio de metas e resultados com supervisão do estado. De forma geral, se estabelece um planejamento com metas e objetivos a serem alcançados pela gestão em determinados prazos, visando à qualidade de serviços e à eficiência das organizações. Assim que estas metas e objetivos passam a serem alcançados, a gestão passa a possuir maior autonomia em suas ações (EL-WARRAK, 2008).

Segundo André (1999), estes contratos buscam alcançar mudanças culturais nos agentes atuantes do sistema de saúde, independente de qual entidade se aplica, com o objetivo de atingir maior efetividade (buscar resultados baseados nas necessidades da população local), eficácia (comprometimento político e institucional para com o cumprimento responsável das ações propostas) e eficiência (fazer com economia, zelo e dedicação os bens e os recursos públicos).

É uma forma de controle dos resultados onde os gestores assumem a responsabilidade de cumprir com o que foi tratado, incentivando um processo contínuo de aprimoramento gerencial e aperfeiçoamento dos processos (GIACOMINI, 2009).

A principal vantagem desse método, é que define resultados por meio de indicadores e objetivos, que necessitam de avaliação do desempenho e ajustes contínuos. Este método é uma espécie de pacto, no qual assim que se apresenta os resultados, recebe-se algo em troca, e se necessário faz-se a repactuação (AKA, 2009).

Os principais pontos que os contratos de gestão ocasionam são: a estimulação da descentralização da gestão da saúde; impõe maior responsabilidade dos gestores e suas equipes; maior controle qualitativo e quantitativo dos serviços prestados; ajuda no planejamento local e estimula a utilização de novas ferramentas e tecnologias; busca melhorar a gestão clínica, patológica e a gestão do caso; busca focalizar as necessidades da população no território do município; envolvimento e compromisso da equipe gestora em alcançar resultados com base na negociação; e busca trazer um processo mais transparente (MARTY, 2009).

O contrato de gestão deve possuir metas, meios controles e incentivos. As metas servem como foco de onde se quer chegar na gestão. Os meios, determinam o como será a ação para alcançar as metas. O controle, permite ao estado avaliar as ações dos gestores. Os incentivos, elementos que motivam mobilização do pessoal (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Deve haver negociação entre as partes envolvidas com dialogo e a contratação de responsabilidades e compromissos de ambas as partes, no cumprimento das ações pré-estabelecidas. Além disso é importante haver comunicação entre os órgãos envolvidos e o serviço de saúde, para gerar novos padrões de gestão (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009). A implantação destes contratos gera um aprendizado mútuo do contratante (governo) para com os contratados (gestão municipal de saúde), o que adequa os procedimentos e práticas adotados no sistema (ROBLES; FISCHMANN, 1995).

O planejamento apropriado juntamente com uma gestão participativa, traz benefícios que melhoram a execução dos serviços de acordo com as metas e a missão e incentiva a construção coletiva dos objetivos a serem alcançados no projeto desejado, desta forma gerando uma aprendizagem coletiva (SANO; ABRUCIO, 2004).

Existem muitas diferenças regionais no sistema do SUS, e muitas dificuldades na realização dos serviços de saúde pública, e para isso requer que se pense em novos métodos e ferramentas administrativas para a gestão da saúde. A melhor qualidade serviço e o acesso pelos cidadãos podem ser alcançados através dos contratos de gestão com Organizações Sociais, Fundações, OSCIPs, dentre outros (BERTOLINI, *et al.*, 2015).

2.2 II CAPÍTULO: PRINCIPAIS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS PEQUENOS MUNICÍPIOS

2.2.1 Responsabilidades

Ao longo do tempo os gastos com a área social foram aumentando e se tornando pesados ao estado, que até então agia como provedor através de pessoas jurídicas a ele vinculadas, passando então para a função de regulador, que cria diretrizes econômicas para fiscalização do sistema de investimentos sociais. Como instrumentos para estabelecer objetivos estratégicos, metas e prazos, são utilizados os contratos de gestão, que agem nas instituições que possuem vínculo com o estado, desta forma disponibiliza indicadores de avaliação do cumprimento dos compromissos firmados em troca da concessão de maior autonomia orçamentaria do órgão controlado. Ou seja, é uma forma de ajuste entre a administração pública e as administrações indiretas e/ou entidades privadas que atuam paralelas ao estado.

A única forma acesso a um emprego público que é definida pela constituição é através do concurso público, a exceção a esta regra é apenas para o atendimento de necessidades temporárias e de excepcional interesse público, outra exceção são os cargos comissionados definidos em Lei e com livre nomeação e/ou exoneração, ambos de contratação temporária (RIBEIRO, 2016).

Em alguns locais há certa dificuldade na contratação de profissionais da área médica devido à escassez de profissionais qualificados, modalidades de contrato precárias e alto índice de rotatividade (NEY; RODRIGUES, 2012).

A mudança nos mecanismos de gestão pode apresentar uma saída para estes entraves, através do planejamento regional, protocolos assistenciais, implantação de contratos de gestão e incentivos profissionais (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

É um fato enfrentado pelos municípios que a contratação de médicos é difícil, devido preferência dos profissionais da área média por permanecerem em grandes centros com maior desenvolvimento, melhores condições de trabalho ou ainda remunerações maiores. Porém sendo um dever de o município possuir atendimento médico, a alternativa restante é a contratação temporariamente por excepcional interesse público, mesmo que não apresente total conformidade com a constituição. Questiona-se então quais as possíveis soluções a serem utilizadas para a solução destes entraves, de modo que seja possível se garantir o pleno funcionamento da saúde pública municipal. Este estudo objetiva-se analisar possíveis

soluções para os entraves que dificultam a contratação de profissionais da área médica em pequenos municípios.

A contratação de médicos pelos municípios muitas vezes se torna difícil, devido à baixa oferta de profissionais no mercado de trabalho. A situação se agrava em cidades pequenas, onde o baixo desenvolvimento urbano e os salários pouco atrativos acabam por desestimular a vinda destes profissionais para o local.

O artigo 37 da constituição federal prevê a contratação dos cargos efetivos ou empregos públicos de médicos, para posteriormente preenchê-los via concurso público, pois entende-se que a área da saúde é atividade fim do estado (específico e essencial). Porém ocorre que, em muitos casos a abertura de concursos públicos acaba por não preencher as vagas destinadas a médicos, pois a faixa salarial oferecida não é atraente à classe ou as condições de trabalho não são consideradas satisfatória. O artigo 37, em seu inciso XI, também define o teto remuneratório máximo municipal, baseado no subsídio dos Prefeitos, onde ninguém no âmbito da administração pública municipal pode ganhar mais que o prefeito.

É dever de o município possuir médicos para atender a população, sendo assim a alternativa restante é a contratação temporariamente por excepcional interesse público, na forma da lei, para garantir a prestação de serviços de saúde. Quando a contratação por concursos não dá os resultados esperados, resta apenas contratar por meio da lei de licitações, mesmo que não se atenda absolutamente o mandamento constitucional.

A Constituição Brasileira de 1988 passou para os municípios a responsabilidade de gerenciar saúde pública em seu território. Desta forma os procedimentos de menor complexidade ficam a cargo dos municípios enquanto que os procedimentos de maior complexidade ficam a cargo dos municípios maiores e dos estados. O provimento das ações passou a ser dividida entre os três poderes, sendo que a união define as diretrizes das políticas de saúde e os estados e municípios ficam responsáveis pela execução das mesmas (ROCHA; NISHIJIMA; ORELLANO, 2011).

Na mesma época também foi instituído o SUS (Sistema único de saúde). A responsabilidade municipal nas ações de saúde em seu território, foi aumentada pela norma operacional básica do sistema único de saúde de 1996 (NOB/SUS 01/96) (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2010).

A Emenda Constitucional nº 29, firmou as cotas mínimas orçamentárias da União que devem ser repassadas para a saúde, dividindo em partes do governo federal, governo estadual e governo municipal. Segundo esta regra o governo federal deve destinar à saúde uma quantidade variável de recursos, sendo variável de acordo com o PIB anual, os estados ficam responsáveis de pelo mínimo 12% e os municípios pelo mínimo 15% de suas receitas, respectivamente (ROCHA; NISHIJIMA; ORELLANO, 2011).

Para os municípios isso a cota mínima designada pela emenda nº 29 ocasionou desequilíbrios orçamentários, pois comprometeu de grande parte dos seus orçamentos para com a saúde. Deste modo os gastos municipais com saúde aumentaram relativamente em convergência em termos das proporções orçamentárias destinadas à saúde (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017).

O alcance da qualidade nos serviços de saúde começa pelo acesso pela população geral, que é considerado um atributo essencial. Porém na realidade, o acesso aos serviços da saúde pública tem se mostrado como um dos principais problemas relacionados a assistência que podem estar relacionados com características de atendimento, organização ou geográfica (BRASIL, 2006).

Outro dever dos municípios é o suprimento de medicamentos básicos e indispensáveis que atendam às necessidades da população, garantida pela lei dos medicamentos. Este suprimento deve estar em coerência com a padronização de medicamentos, planejamento e atualização de acordo com o contexto da região, buscando maior eficácia nas ações governamentais (BRASIL, 1998).

2.2.2 Médicos em pequenas cidades

Apesar do que diz o artigo 37 da constituição federal que prevê a contratação de médicos através de concurso público, na prática isto nem sempre ocorre. Observa-se que as cidades pequenas não são atraentes para os profissionais de medicina, que muitas vezes preferem morar em centros urbanos mais desenvolvidos, que ofereçam melhores condições de trabalho e melhor qualidade de vida. Os profissionais recém-formados geralmente optam por realizar uma especialização, permanecendo assim próximos a instituições de ensino, e estabelecendo ali seu vínculo empregatício. Outro fator que interfere no interesse por parte dos médicos em trabalhar nos municípios pequenos, é a baixa remuneração. Mesmo com a

abertura de concursos públicos com vagas para médicos, muitas vezes estas vagas permanecem em aberto, pelos motivos já citados (ELIAS, 2012).

Devido a descentralização, os municípios passaram a ser os maiores responsáveis pela contratação de trabalhadores do SUS, o que leva a dificuldades diante da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)¹ (BRASIL, 2000). A legislação limita a autonomia dos municípios quanto a contratação de profissionais na área da saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

O município como principal empregador de trabalhadores pelo SUS, e sendo a atenção primária a saúde, tem causado uma sensação de instabilidade nos trabalhadores a cada nova gestão o que se torna um entrave para a consolidação dos vínculos entre os trabalhadores e a comunidade e para a realização dos princípios constitucionais da saúde (FARIA; ARAUJO, 2011).

Outro problema que a administração pública enfrenta é o teto remuneratório máximo do município, que é determinado pelo artigo 37, inciso XI da constituição federal.

“Art. 37...

XI - a remuneração e o subsídio dos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos da administração direta, autárquica e fundacional, dos membros de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos detentores de mandato eletivo e dos demais agentes políticos e os proventos, pensões ou outra espécie remuneratória, percebidos cumulativamente ou não, incluídas as vantagens pessoais ou de qualquer outra natureza, não poderão exceder o subsídio mensal, em espécie, dos Ministros do Supremo Tribunal Federal, aplicando-se como limite, nos Municípios, o subsídio do Prefeito, e nos Estados e no Distrito Federal, o subsídio mensal do Governador no âmbito do Poder Executivo, o subsídio dos Deputados Estaduais e Distritais no âmbito do Poder Legislativo e o subsídio dos Desembargadores do Tribunal de Justiça, limitado a noventa inteiros e vinte e cinco centésimos por cento do subsídio mensal, em espécie, dos Ministros do Supremo Tribunal Federal, no âmbito do Poder Judiciário, aplicável este limite aos membros do Ministério Público, aos Procuradores e aos Defensores Públicos;” (BRASIL, 1988).

Este artigo determina que nenhum salário deve ser maior que o salário prefeito, dentro da administração municipal. Desta forma mesmo não havendo restrição quanto ao orçamento municipal, ainda há este impedimento, de forma a não convencer a vinda de profissionais para cidades menores (ELIAS, 2012).

Devido a esses e outros fatores observa-se que os médicos não se sentem atraídos em trabalhar em cidades pequenas, longe de grandes centros e/ou interior dos estados. Na tabela 1

¹A LRF define que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 50% da receita dos estados e municípios e 60% no que se refere ao nível Federal (BRASIL, 2000).

pode-se observar que há uma diferença enorme entre a quantidade de médicos nos grandes centros e nas cidades do interior dos estados, no estado do Paraná o número de médicos por mil habitantes é 5,69 nos grandes centros e 1,36 no interior, em Santa Catarina número de médicos por mil habitantes é 9,68 nos grandes centros e de 1,72 no interior e no Rio Grande do Sul a diferença é ainda maior, 9,04 nos grandes centros e 1,58 no interior do estado. As regiões norte e nordeste possuem os menores números de médicos por habitante do país, nas cidades de interior. Como pode-se ver na tabela 2, a região nordeste apresenta nos grandes centros, 4,54 médicos por mil habitantes, enquanto que no interior apresenta apenas 0,54 médicos por mil habitantes (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

Tabela 1 - comparativo do número de médicos por mil habitantes nas regiões metropolitanas e nos municípios do interior dos estados da região sul, em 2014.

Estado	Capital e grandes regiões\ interior	Médicos	População	Médicos \ mil habitantes
Paraná	Curitiba	10.867	1.908.359	5,69
	Interior	12.794	9.412.533	1,36
Santa Catarina	Florianópolis	4.626	485.838	9,68
	Interior	11.212	6.515.323	1,72
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	13.393	1.484.941	9,04
	Interior	15.538	9.837.954	1,58

Fonte: (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

No estudo do IBGE pode-se perceber que existem muitas desigualdades na distribuição dos médicos pelo território nacional, em todos os estados, porém em alguns estados a diferença entre as capitais e o interior é maior do que em outros estados. A média do país é de 2,18 médicos por mil habitantes, sendo que em alguns lugares como Vitória (capital do Espírito Santo) que possui mais de 12 médicos por mil habitantes e lugares do interior do Nordeste com valores inferiores a 1 médico por mil habitantes. Dentre todas as regiões do Brasil, o Sudeste possui a maior quantidade de médicos por habitante, uma média de 2,81 médicos a cada mil habitantes, enquanto que a média do norte é de 1,16 e no Nordeste 1,41 médicos por mil habitantes. Ao total São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais, possuem 244.304 médicos 86.949.714 de moradores. São Paulo, possui 2,81 médicos por mil habitantes, 21,7% da população do País, mas possui 28% do total dos médicos brasileiros. O estado do Maranhão possui a menor quantidade de médicos por mil habitantes, 0,87 e o estado do Pará, possui 0,97. Os dois são exemplos de estados onde existe apenas 1 médico para mais de mil pessoas. O estado do Paraná como mostra a tabela 1, possui uma

média de 5,74, médicos por mil habitantes na capital (10.867 médicos para atender 1.908.359 de pessoas) e 1,36 médicos por mil habitantes no interior (12.794 médicos para atender 9.412.533 de pessoas), sendo 2,09 médicos para cada mil habitantes na média geral (23.661 médicos para atender 11.320.892 pessoas) (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

Tabela 2 - comparativo do número de médicos por mil habitantes nas regiões metropolitanas e nos municípios do interior das cinco regiões do Brasil, em 2014.

Região	Grandes centros\ interior	Médicos	População	Médicos \ mil habitantes
Norte	Grandes centros	15.016	5.578.931	2,73
	Interior	5.868	12.357.270	0,47
Nordeste	Grandes centros	56.481	12.533.244	4,54
	Interior	24.142	44.720.915	0,54
Sudeste	Grandes centros	120.462	21.514.120	5,63
	Interior	123.842	65.435.594	1,89
Sul	Grandes centros	28.886	3.879.138	7,50
	Interior	39.544	25.765.810	1,53
Centro-oeste e	Grandes centros	28.103	5.969.877	4,78
	Interior	9.433	9.906.030	0,99

Fonte: (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

As desigualdades entre capital e interior podem ser visualizadas de forma clara na tabela 3, onde é possível visualizar o número de médicos em relação a quantidade de pessoas de municípios de até cinco mil pessoas até municípios de mais de 500.000 mil pessoas. Este estudo fez uma comparação, onde se contabiliza o número de médicos por mil pessoas, nas capitais e o número de médicos por mil pessoas nas cidades do interior. Para se obter uma razão da diferença de número de médicos entre as capitais e as cidades do interior, divide-se o número de médicos por mil pessoas das capitais pelo número de médicos por mil pessoas das cidades do interior. Assim, no caso do paraná, na capital 5,69 médicos por habitante, no interior 1,36 médicos por habitante, a diferença do número de médicos é de 4,18 médicos por habitante, ou seja, existe 4 vezes mais médicos na capital do Paraná do que nas cidades do interior. Para o interior de todas as regiões, como pode ser visto na Tabela 2, quando se divide a primeira pela segunda, obtém-se o valor dimensionador de desigualdade. Esse número permite dizer que a razão médico/habitante das capitais é quase quatro vezes a razão do interior. A região nordeste possui a maior diferença de quantidade de médicos entre as

capitais e o interior, sendo 8,4 vezes mais médicos nas capitais, seguido da região norte com 5,8, sul com 4,9, centro-oeste com 4,8 e a região com a menor diferença é a sudeste com 2,98 (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

Apesar de ainda ser grande o déficit de médicos no estado do Paraná, houve uma significativa melhora nos últimos dezoito anos, pois a partir do ano 2000 houve um crescimento de 91,49% no número de médicos no estado, enquanto que a população do estado no mesmo período de tempo cresceu apenas 18,38%. No ano 2000 a população do Paraná era em torno de 9,6 milhões de pessoas, e existiam em torno de 12.356 médicos, o que dava uma razão de 1.29 médicos por mil habitantes (KOWALSKI, 2019).

O problema é que mesmo havendo o aumento no número de médicos no estado do Paraná, a população não obteve os benefícios esperados, uma vez que há uma concentração de médicos na capital. De forma geral o Brasil sofre com a desigualdade na distribuição destes profissionais entre os estados, capitais e municípios, situação se agrava em municípios pequenos e com baixa atratividade para um médico estabelecer moradia. Mesmo os médicos que decidem viver no interior dos estados, estes ainda preferem estabelecer moradia em cidade médias, com maior desenvolvimento. O Paraná é um exemplo desta desigualdade, pois na capital Curitiba estão alocados 1,9 milhão de habitantes que representam 16,8% da população do estado, mas conta com 10.867 médicos, ou seja, 45,9% dos médicos do estado, o restante da população, 83,2%, conta com apenas 54,1% dos médicos. A teoria de que aumentando o número de médicos, solucionaria o problema de falta de médicos nas regiões menos desenvolvidas, não vem se mostrando verdade, pois o aumento na população de médicos, que houve em todo o território nacional nos últimos anos, não repercutiu ainda nas regiões mais distantes e menos desenvolvidas. Isso tem obrigado a população que necessita de tratamentos mais específicos e de difícil acesso nas cidades pequenas, a se deslocarem por grandes distancias até as capitais em busca de tratamento e desta forma o aumento no número de médicos não tem sido suficiente para eliminar problemas graves de funcionamento da rede pública e de acesso aos serviços, decorrentes da falta de qualidade na gestão e da adoção de políticas públicas eficientes no setor (KOWALSKI, 2019).

Dentre os médicos do Paraná, 2.391 são especializados em Clínica médica, 2.197 pediatras, 2.087 cirurgiões gerais, 1.746 ginecologistas e obstetras e 1.619 anestesistas. Algumas especialidades ainda apresentam poucos médicos como: genética médica com 13 profissionais, medicina física e de reabilitação apenas 21 profissionais, radioterapia com 42

profissionais, patologia clínica com 43 profissionais, medicina esportiva com 45 profissionais. Apesar de longe do ideal, os números do Paraná deixam o estado em uma condição confortável, quando comparada com o resto do país, com 23.661 médicos, é o quinto estado com mais profissionais, sendo que São Paulo possui 126.687, Rio de Janeiro possui 59.366 profissionais, Minas Gerais possui 48.606 profissionais e Rio Grande do Sul possui 28.931 profissionais. A diferença entre o número de profissionais da Capital em relação ao interior é menor no Paraná do que a maioria dos estados. A distribuição de médicos em relação ao interior é melhor em Florianópolis com 29,2% dos médicos na capital, em Belo Horizonte com 36,8% dos médicos na capital, em Palmas com 43,2% dos médicos na capital e em Vitória com 45,7% dos médicos na capital (KOWALSKI, 2019).

Tabela 3 - Distribuição de médicos, segundo municípios, estratos populacionais da região sul do Brasil, em 2014.

Habitantes \ Municípios	Número de municípios	População	%	Número de médicos	%	Médico/ mil habitantes
Até 5 mil	421	1.326.498	4,5	408	0,6	0,30
5 a 10 mil	274	1.892.276	6,4	833	1,2	0,45
10 a 20 mil	226	3.123.558	10,5	1.866	2,7	0,60
20 a 50 mil	163	4.965.658	16,8	5.638	8,3	1,18
50 a 100 mil	55	3.861.300	13	5.862	8,6	1,53
100 a 500 mil	48	9.946.842	33,6	24.897	36,4	2,53
+ 500 mil	4	4.528.816	15,2	28.816	42,2	6,39
Total	1.191	29.644.948	100	68.320	100	1,41

Fonte: (SCHEFFER, *et al.*, 2018).

2.2.3 Terceirização

Cumprido o que diz no artigo 37, realizando-se o concurso público e não sendo ocupadas as vagas, só resta aos gestores partirem para contratação por terceirização por meio da lei de licitações, ainda que, não esteja totalmente de acordo com o mandamento constitucional, onde está definido que a contratação pode ser feita somente de forma complementar, a contratação de forma temporária gera problemas tanto quando a remuneração quanto na ausência de situação excepcional que a justifique por longos períodos, deste modo o atendimento ao público não pode ser prejudicado pela incompatibilidade nas legal na contratação de serviços de saúde pelo Poder Público. Outro problema é que por se tratar de uma contratação terceirizada que uma atividade que é função do estado, logo seus

gastos devem ser calculados junto com os gastos com pessoal, como manda a lei complementar nº 101/2000 – lei de responsabilidade fiscal (art. 18, § 1º) (ELIAS, 2012).

A constituição de 1988 passou aos municípios a responsabilidade integral na execução dos trabalhos relacionados saúde, fez com que os municípios reestruturassem e ampliasse seu quadro de pessoal. A contradição entre as leis que regulam as contratações dentre elas a lei de responsabilidade fiscal e a necessidade de pessoal, acabou por aumentar o número de contratos de trabalho com pouca ou nenhuma regulação, muitas vezes mediados por cooperativas fundações privadas e ONGs, chamados de contratos precários² (MENDONÇA, *et al.*, 2010).

Segundo Nogueira, Piola e Vianna, (2010) “é irregular todo o vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido na instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública, sendo exceção o trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (como serviços gerais, segurança, mediante normas legais de licitação”.

Cecilio, *et al.*, (2007) em uma pesquisa em vinte municípios constatou que é comum encontrar situações de terceirização tanto de profissionais como de serviços inteiros. Em alguns casos ocorre ainda que o município entrega a gestão para um médico que por sua vez abre uma empresa e contrata seus próprios profissionais, sendo nestes municípios, a precarização dos serviços não é vista como problema, mas sim como solução. O autor afirma ainda que em municípios pequenos os gestores não possuem uma equipe capaz de gerir uma secretaria de saúde, com a capacidade de planejamento, com experiência em gestão e implantação de políticas de avaliação dos impactos da gestão em saúde. Em outros ainda a sobrecarga sobre os gestores é muito alta devido ao número de tarefas impostas pelo sistema.

Deve haver um entendimento maior da administração pública para se diferenciar atividades consideradas “atividade-meio” de outras consideradas “atividades-fim”, sendo que a sobreposição do setor privado só pode ocorrer nas atividades-meio, não podendo ocorrer nas atividades consideradas “fim” (DI PIETRO, 2015).

A terceirização de serviços relacionados a saúde é notável por meio da gestão ou gerenciamento de hospitais, por se tratar de atividade não exclusiva poderá ser alocada à iniciativa privada sem fins lucrativos, porém sempre de forma a complementar o sistema público e nunca o substituindo (BRASIL, 2009).

² Contratos precários, são contratos de trabalho por período de tempo limitado, definido por ocasião da contratação, que caracterizam vínculos trabalhistas.

A saúde como um direito de todos, não é exclusivamente responsabilidade do estado, porém quando se trata do sistema público só é permitido que a participação privada de forma a auxiliar o Poder Público, mas nunca o substituindo. Ocorre que muitas vezes isto é deixado de lado e os gestores públicos repassam esta responsabilidade para o setor privado sem que haja nenhum critério de seleção ou mesmo seguindo as regras da constituição (MACHADO e GIANINI, 2015).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema criado no Brasil para oferecer saúde pública à população, com o objetivo de resgatar a dignidade da pessoa humana pela descentralização e universalidade nos atendimentos, de forma gratuita. Sendo assim, a terceirização dos profissionais da área médica por mais que haja meios “entendidos” como legais, viola a regra do concurso público, bem como a moralidade administrativa (MACHADO; GIANINI, 2015).

2.2.4 Verbas insuficientes

Para a maior parte da população brasileira o acesso a serviços de saúde privados ainda é uma realidade distante, sendo que apenas uma pequena parte da população brasileira possui tais condições. As instituições privadas de saúde possuem nível de excelência muito bons, mas não são acessíveis a todos. A importância das instituições públicas vai além de oferecer serviços de saúde, mas também possui uma importante forma para formação de profissionais, o que implica a necessidade de manutenção da excelência nos dois sistemas, uma vez que a maioria dos programas de residência médica pertence a instituições públicas (SCHEFFER, 2015).

Nos últimos 50 anos houve um grande aumento na expectativa de vida ao nascer dos brasileiros, ocasionado pelo desenvolvimento do país, melhoria da qualidade de vida, das condições de saneamento, do progresso da tecnologia médica e também em parte da existência de um sistema unificado de saúde. Este sistema tornou possível a expansão da imunização, controlar doenças crônicas não transmissíveis assim como a redução dos coeficientes de mortalidade infantil, frutos da expansão da assistência pré-natal e cuidados perinatais. A criação de um sistema unificado, totalmente gratuito e organizado fez com que os brasileiros tivessem uma maior probabilidade de sobreviver ao primeiro ano de vida elevando assim as médias de expectativa de vida. O Brasil é um dos países do mundo que

mais aumentaram a expectativa de vida ao nascer e reduziram a mortalidade infantil (SALDIVA e VERAS, 2018).

Na tabela 4 é possível observar a evolução da expectativa de vida dos brasileiros ao longo dos anos, dando um salto de 45,5 anos em média em 1940, para 76 anos em média no ano de 2017. Ainda no mesmo estudo é possível observar que a maior esperança de vida ao nascer é a de Santa Catarina, 79,4 anos, Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo e Rio Grande do Sul, também possuem altas expectativa de vida ao nascer, chegando próximo aos 78,0 anos. Ao contrario destes, o estado do Maranhão possui a menor expectativa de vida ao nascer, 70,6 anos, seguido por Piauí, Rondônia e Roraima que apresentam taxas abaixo dos 72,0 anos. O estado do Paraná possui uma expectativa de vida de 77,4 anos (IBGE, 2018).

Tabela 4 - Expectativa de vida ao nascer - Brasil - 1940/2017.

Ano	Expectativa de vida ao nascer			Diferencial entre os sexos (anos)
	Média	Homem	Mulher	
1940	45,5	42,9	48,3	5,4
1950	48	45,3	50,8	5,5
1960	52,5	49,7	55,5	5,8
1970	57,6	54,6	60,8	6,2
1980	62,5	59,6	65,7	6,1
1991	66,9	63,2	70,9	7,7
2000	69,8	66	73,9	7,9
2010	73,9	70,2	77,6	7,4
2017	76	72,5	79,6	7,1

Fonte: (IBGE, 2018)

Antes da criação do SUS, os brasileiros possuíam três opções de tratamento médico: serviços de saúde particular; assistência à saúde proporcionados por meio de sistemas ligados a sindicatos de trabalhadores; ou em instituições sem fins lucrativos, como as Santas Casas, Hospitais-Escola ou entidades de caridade. Porém os serviços privados de saúde, particulares ou por meio de sindicatos, atendiam a uma pequena parcela da população, enquanto que em torno de 80% da população estava à mercê de instituições de caridade. Com a criação do SUS, ocorreu a diminuição das desigualdades de acesso à saúde e promover a melhoria das

condições de vida de nossa população, sendo assim em parte responsável pelo aumento na longevidade de vida dos brasileiros. Porém ainda há obstáculos a serem batidos para se ter uma saúde pública de qualidade com acesso igual a todos os brasileiros, um destes obstáculos é o financiamento da saúde (SALDIVA e VERAS, 2018).

Os problemas de financiamento do sistema de saúde enfrentados pelo Brasil não dependem de um só fator. Os recursos destinados a saúde não são ideais, porém ao mesmo tempo não se distinguem tanto de outros países onde a assistência à saúde é considerada de boa qualidade. A prova disto é que em países que a população tem acesso universal à saúde de boa qualidade, o investimento é pouco superior ao feito no Brasil. No Canadá são investidos 10,4% do PIB e o Reino Unido são investidos 9,9% do PIB em saúde, enquanto que no Brasil o investimento em saúde nos últimos anos tem oscilado em torno de 8% do PIB. Levando a crer que o problema pode não estar no baixo investimento, mas na ineficiência em aplica-los de forma correta (PIOLA, *et al.*, 2013).

Em uma análise do que se gasta com saúde em outros países, se mostra que maiores investimentos não significam necessariamente que a população terá um melhor acesso aos serviços. A prova disto é que os países que possuem as maiores porcentagens em relação ao PIB, não possuem equidade de acesso à saúde comparável às do Canadá e do Reino Unido, que gastam muito menos para o mesmo fim (SALDIVA e VERAS, 2018).

Os cinco países que mais gastam proporcionalmente com saúde são, Libéria (15,2% do PIB), Serra Leoa (18,3% do PIB), Estados Unidos da América (16,8% do PIB), Tuvalu (15% do PIB) e Ilhas Marshall (22,1% do PIB). Mesmo com as expressivas proporções de dispêndio em saúde em relação ao total de riquezas produzidas pelos países acima mencionados, não seria temerário afirmar que nenhum deles (OMS, 2017).

Em alguns países os problemas de saúde são tão grandes que mesmo com esta porcentagem de investimento, a população não consegue ter equidade no acesso a saúde pública. Em outros casos, como nos EUA, onde a saúde é basicamente privada, os mais pobres acabam por sofrer mais para conseguir tratamentos. Estes fatos demonstram que para a melhoria da saúde do Brasil se necessita de duas coisas, aumento do investimento e gestão melhor alocada, de forma a trazer os benefícios necessários para a população (SALDIVA e VERAS, 2018).

Ainda que o governo federal indique que o investimento em saúde é prioritário, não se vê na prática uma solução para os problemas dos municípios. O que ocorre é um repasse

dos custos progressivo para os estados e municípios, e como resultado disto os municípios com recursos limitados, não conseguem atender de maneira satisfatória as demandas da população (BAHIA, 2008).

O Brasil também faz investimentos no sistema privado de saúde, como uma forma para “desafogar” o sistema público. O problema é que apenas 23% da população possui acesso a planos de saúde. O governo federal também incentivou a criação de planos de saúde mais populares, mas que em contra partida cobrem apenas doenças com custos mais baixos. E em caso de ocorrência de doenças graves e com tratamentos de alto custo, como uma neoplasia ou a necessidade de um transplante, a pessoa ficaria descoberta e assim voltando para o sistema público novamente (BAHIA, 2017).

Outro problema enfrentado pelos pequenos municípios é o alto custo por pessoa, em municípios com população maior, o aproveitamento de recursos pode ser melhor do que em município de população pequena. Os municípios com até 20.000 habitantes apresentaram um gasto per capita mediano maior do que municípios com uma grande população. Analisando os gastos com saúde utilizando recursos do município, de acordo com a quantidade de habitantes (Tabela 5), pode-se perceber que ele decresce conforme a população diminui, porém, os gastos são maiores, no caso dos municípios de 20.000 habitantes, que são 70,80% dos municípios brasileiros, o gasto mediano por pessoa ficou em são R\$ 264,69. No caso dos municípios com população entre 200.001 e 400.000 habitantes e acima de 400.001 habitantes, que são apenas 1,44% e 0,95% dos municípios brasileiros, porém com grande parte da população, nestes lugares os serviços médicos possuem um nível de especialização maiores e por isso o gasto mediano ficou em R\$ 291,88 (ARAÚJO, GONÇALVES e MACHADO, 2017).

Tabela 5 - Distribuição Percentual dos Municípios e Mediana do Gasto per Capita com Saúde originado de receitas municipais.

Porte dos Municípios	Distribuição Percentual Municípios	Mediana Per Capita dos Gastos por variáveis (R\$)
Até 20.000 hab.	70,80	245,52
Entre 20.001 e 50.000 hab.	19,03	187,50
Entre 50.001 e 100.000 hab.	5,84	195,45
Entre 100.001 e 200.000 hab.	2,51	205,62
Entre 200.001 e 400.000 hab.	1,45	264,69
Igual ou acima de 400.001 hab.	0,38	291,88

Fonte: (ARAÚJO, GONÇALVES e MACHADO, 2017).

O sistema público atualmente contribui com pouco menos de 50% para o custeio da saúde, enquanto que em países onde os sistemas são eficientes, como Reino Unido contribui com 94,2%, Suécia contribui com 84% e França contribui com 81%. O Brasil está mais próximo dos Estados Unidos da América que contribui com 47%, pois o sistema privado de saúde deste país é privilegiado (SALDIVA e VERAS, 2018).

2.2.5 Planejamento

O SUS é responsável pela organização de todo o sistema, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e a articulação com a união. Os agentes públicos devem realizar obrigatoriamente um planejamento, considerando os problemas específicos de cada região, devendo também assessorar as políticas para que a iniciativa privada também possa agir de forma complementar as falhas do SUS. Se baseando nas necessidades dos Conselhos de Saúde, os agentes públicos devem, durante o planejamento de saúde, tornar compatíveis as necessidades das políticas de saúde de acordo com a disponibilidade de recursos financeiros existentes. O planejamento também atinge a relação de medicamentos essenciais que podem ser usados no SUS (SALDIVA e VERAS, 2018).

O contrato organizativo da ação pública de saúde regulamenta a articulação com a união. Identificando as necessidades de saúde locais e regionais, metas (e seu respectivo controle e fiscalização), bem como responsabilidades dos entes federativos. O sistema de saúde brasileiro, enfrenta inúmeros desafios na prática, que nem sempre permitem ter um sistema homogêneo, e sem desigualdades ao longo do país (SANTOS, 2013).

O sistema possui muitas falhas, aliado a isso também há a falta de compromisso com a agenda da saúde por parte dos governantes municipais e o baixo financiamento generalizado no nível das prefeituras. É muito comum em municípios pequenos que os serviços de saúde sejam deixados de lado, contratando-se assim ambulâncias para o transporte de pessoas para outros municípios próximos. O Brasil enfrenta dificuldades devido ao seu extenso território e as diferenças socioeconômica de cada região, sendo que o nível de qualificação e o tamanho das equipes de saúde, a disponibilidade de medicamentos e insumos básicos são variados (SANTOS e CAMPOS, 2015).

Organizações Sociais de Saúde (OSS), é um modelo de gestão que veio como uma alternativa para reduzir parte dos problemas de organização e gestão do sistema de saúde brasileiro. Neste modelo, cada OSS possui seu próprio sistema de gestão incluindo

remuneração profissional diferente para um mesmo tipo de serviço. Para o controle pelo estado desse sistema existem alguns mecanismos, como a publicação anual obrigatória de suas contas no Diário Oficial do Estado e a realização de auditorias. Porém, este modelo também apresentou problemas com a desuniformidade no atendimento de saúde das OSS gerando desigualdade no acesso e da qualidade no atendimento (CARNEIRO e ELIAS, 2003).

As Parcerias Público-Privadas também chamadas de PPP, são uma nova forma de organização que visam por metas e resultados, seguindo um conceito de relações baseadas em confiança e benefícios mútuos. As PPPs apresentam: parceiros com diferentes metas e distintas estratégias; os produtos e/ou serviços prestados, beneficiarão terceiros, como o Estado, a sociedade, ou o usuário de um serviço de saúde; e se pretende uma atuação de longa duração. São vista como boas alternativas para a implementação de políticas sociais. Já existem vários exemplos de PPPs nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. Para que isso ocorra é necessário que haja uma articulação entre o setor público e o privado (ALMEIDA, 2017).

2.2.6 Experiencia profissional dos médicos

A falta de profissionais é um grande problema a ser discutido, porém não basta se ter profissionais disponíveis, mas também que estes sejam qualificados. A interação entre as instituições de ensino e o sistema de saúde pública é importante para se obter profissionais qualificados e em quantidade suficiente para suprir, com qualidade, a população. O atendimento no sistema de saúde depende de várias especialidades, e todas devem ser de grande competência para que o sistema se mantenha prestando serviços de qualidade. Atualmente existem muitas instituições formadoras de profissionais de saúde e já não se pode exigir apenas quantidade, mas também qualidade, ou seja, que os profissionais que trabalhem no sistema de saúde pública sejam competentes (DAL POZ, PIERANTONI e GIRARDI, 2013).

Muitos médicos recém-formados não conseguem acesso à residência médica, e acabam indo trabalhar em atendimento primário por um período de tempo sem estarem qualificados para tal. A saúde dos brasileiros sofre com profissionais com formação sem qualidade, principalmente aqueles que trabalham na atenção primária e secundária (SALDIVA e VERAS, 2018).

Profissionais despreparados atuando na atenção primária, acabam por sobrecarregar o nível terciário, onerando e atrasando os atendimentos, isto se dá pelo fato de pedidos de exames desnecessários e quem sofre com estes problemas são os usuários do sistema, devido à demora na resolução dos seus problemas. A demora é extremamente prejudicial, pois o quadro dos pacientes pode se agravar, dificultando a cura, trazendo sofrimento e onerando o tratamento (DAL POZ, PIERANTONI e GIRARDI, 2013).

2.2.7 Superlotação do sistema

Para que se tenha um sistema mais rápido é necessário que o fluxo de pacientes entre a atenção básica e níveis mais elevados seja corrente. Ocorre muitas vezes, por falta de competência ou por falta de profissionais, que pacientes sejam encaminhados para serviços mais complexos sem que houvesse necessidade. Ou ainda ocorre de o próprio paciente ir até prontos-socorros e hospitais, ao invés de procurar uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Falhas como esta atrasam o atendimento e superlotam o sistema secundário. É muito comum haver descompasso entre a realização de exames e consultas médicas e cirurgias devido a falhas no fluxo de atendimento. Não adianta tentar resolver um problema isolado, se todo o sistema de saúde não estiver vinculado, a exemplo disto é o que ocorreu no município de São Paulo, onde uma iniciativa chamada "Corujão da Saúde", zerou as filas para realização de exames, porém as pessoas continuaram aguardando por bastante tempo por um agendamento de consulta com um médico especialista. Isto fez com que se gerasse gastos, sem haver uma resolução do problema (SALDIVA e VERAS, 2018).

Problemas como esses induzem os usuários a procurar diretamente o atendimento em prontos-socorros e hospitais. Gerando filas e atrasos, impactando no adoecimento no Brasil e aumentando custos no setor. Exemplo disto são as grandes taxas de diagnóstico de câncer em estágio avançado, em decorrência de um grande caminho até se conseguir uma consulta em um centro especializado e ser diagnosticado, gerando um custo de tratamento muito maior do que se fosse encaminhado corretamente desde o início. Nos planos de saúde isto também ocorre pois não existe atenção básica, e o usuário tende a procurar diretamente um hospital independente da gravidade de seus sintomas ou devido a dificuldades de agendamento com o especialista e exames relacionados (SALDIVA e VERAS, 2018).

2.3 III CAPÍTULO: POSSÍVEIS AÇÕES PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO DA SAÚDE

2.3.1 Implantação de um contrato de gestão

Já foi citado nos capítulos anteriores, que o contrato de gestão é uma ferramenta administrativa que propõe um acordo entre o órgão fiscalizador e o fiscalizado, onde o fiscalizado se compromete a cumprir metas determinadas por um contrato, recebendo em troca uma maior autonomia de ação gerencial e financeira. Desta forma estes compromissos institucionais estabelecidos em contrato podem ser realizados entre o Poder Executivo e suas entidades governamentais que estejam as suas ordens, sendo essas as: autarquias; empresas públicas; sociedades de economia; fundações públicas; e organizações sociais (ALMEIDA, 2014).

A grande sacada deste modelo de administração foi a imposição de metas e objetivos a serem alcançados, criando assim uma motivação para os gestores, trabalharem de forma mais eficaz e adaptada as necessidades. Assim quando se cumpri as metas propostas no contrato, os gestores recebem uma espécie de “recompensa”, que é maior autonomia na gestão. Fazendo com que o sistema seja forçado a se tornar mais responsável pelos seus atos. No caso das organizações sociais, o contrato de gestão pode até aumentar o controle sobre elas, uma vez que estas já são autônomas, mas quando se faz um contrato de gestão, esta organização social passa a ter obrigação de prestar contas ao tribunal de contas da união, recebendo em troca o fomento da atividade, recursos financeiros, materiais ou humanos. Este modelo também possui um dinamismo maior, uma vez que nestes contratos onde foram estabelecidos as metas e objetivos a serem cumpridos, pode-se quando de mútuo acordo, serem alterados e adaptados à realidade ou a alguma necessidade temporária, através da negociação entre as partes envolvidas, desta forma a implantação de um contrato de gestão na área da saúde pretende-se melhorar o controle sobre a eficiência das ações dos órgãos e sobre as políticas públicas, avaliando-se os resultados das ações, pode-se também melhorar a gestão de uma instituição que foi contratada para determinada tarefa, desta forma faz-se o controle social com base nos resultados esperados e assim faz a sua publicidade (ALMEIDA, 2014).

A vantagem de se utilizar este tipo de gestão na área da saúde em municípios se dá pelo fato que avalia-se o desempenho direto dos órgãos, uma vez que este sistema permite que os órgãos tenham autonomia para realizarem mudanças operacionais que podem ocasionar eficiência em seus processos, otimize os recursos humanos e procure novas tecnologias que

ajudaram a alcançar as metas anteriormente estabelecidas. O contrato de gestão é uma forma que o estado pode utilizar para controlar, supervisionar e avaliar a aplicação das políticas públicas, de uma forma descentralizada. As organizações sociais que realizam este contrato recebem a possibilidade melhorar sua gestão ao mesmo tempo que é direcionada para uma determinada ação. Além dessas vantagens a utilização de contratos de gestão permite que se tenha um comparativo de desempenho entre o sistema normal e após o contrato, ou ainda, um comparativo do desempenho entre instituições semelhantes. Pode-se com este sistema se definir melhor as estratégias de ação a fim de proporcionar melhores condições, para que se possa atingir as metas e objetivos contratados. É possível também se estabelecer meios para avaliação do desempenho dos gestores públicos e das organizações como um todo (ALMEIDA, 2014).

A partir da segunda metade da década de 90, este modelo começou a se popularizar e despertar interesse em sua implantação, este modelo vem como uma possível alternativa para reduzir alguns problemas enfrentados pelos municípios e pelo sistema de saúde brasileiro. Os órgãos subordinados possuem pouca autonomia financeira, gerencial e de recursos humanos, para evitar problemas com desvios de funções, porém ao limitar a autonomia desses órgãos também corre-se o risco de criar-se burocracias desnecessárias que paralisam o sistema e prejudicam um funcionamento mais rápido e eficaz. O estabelecimento de objetivos e metas, é uma forma de se evitar que tais desvios de funções, assim sendo garante-se a autonomia juntamente com a responsabilidade de se cumprir um contrato. O interesse em implantar este sistema aumenta conforme aparecem bons resultados com acordos de desempenho institucional. Este interesse em utilizar um sistema com contrato no Brasil, tem suas raízes no exterior onde também se colheram bons resultados, adicionando-se algumas características especiais do Brasil, ele acompanha o que já é aplicado em países como Austrália, Bélgica, Espanha, Finlândia, Inglaterra, França, Dinamarca, Nova Zelândia e Noruega (SCHWARZ, 2009).

Como um resumo do que foi exposto acima pode-se afirmar que a adoção deste sistema em municípios pode ser uma opção para promover a utilização de recursos de forma mais racional, melhorar a coordenação dos processos, promovendo uma descentralização supervisionada e que é ampliada conforme os gestores comprovam que estão aptos para tal, a possibilidade de se ter informações mais precisas que trazem uma melhor definição do que se deve fazer, um sistema que prevê a realização de procedimentos com total transparência e

prestação de contas durante a atuação, todos estes pontos possibilitam que se tenha mais flexibilidade e autonomia para as organizações para alcançarem os objetivos e metas (SCHWARZ, 2009).

2.3.2 Tipos de contratualização segundo a Secretaria de Gestão (SEGES)

Existem alguns tipos diferentes de contratos que são utilizados em situações diferenciadas e valem a pena serem destacados aqui, sendo esses os acordos de desempenho, termos de compromisso, termos de parceria, contratos de gestão e outros. Estes contratos só são realizados após uma autorização que determina quais são as finalidades do ajuste, quais são os partícipes e quais são as condições em que deve ser realizado e assim por diante. Apesar de sua importância, o contrato de gestão não possui uma lei específica que determine exatamente como deve ser tratado. No ordenamento jurídico brasileiro, o conceito de contrato de gestão tem sido tratado de formas diferentes, de acordo com a categoria jurídica da entidade com a qual o Poder Público faz a contratualização das metas (SCHWARZ, 2009).

2.3.2.1 Contratualização Interna

A contratualização interna é um contrato feito entre o poder público e os gestores dos órgãos e entidades. Este tipo de contrato prevê principalmente, conceder maior autonomia, em troca de um compromisso de se alcançar os resultados determinados, resultados estes que devem ser medidos de forma objetiva por indicadores (SCHWARZ, 2009).

A fundamentação para que este contrato seja válido está descrito no artigo 37-§ 8º da Constituição Brasileira:

“A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade” (BRASIL, 1988).

Ainda que a regulamentação específica não exista, é comum se ver no poder público casos em que se promove uma maior autonomia administrativa, orçamentária e financeira, feito através de um instrumento legal ou normativo específico, vinculadas à assinatura de contratos de gestão. Quando isso ocorre, há uma direta vinculação das autonomias com a assinatura do contrato com o claro objetivo de se estipular metas de desempenho a serem alcançadas e que estarão em contrato (SCHWARZ, 2009).

2.3.2.2 Contratualização entre o Poder Público e entidades do Terceiro Setor

Existe também a possibilidade de se realizar um contrato de gestão com estabelecimento de compromisso de desempenho, com as entidades do terceiro setor que não possuam fins lucrativos, este contrato estabelece uma cooperação entre o poder público e a Sociedade Civil Organizada, desde que as atividades sejam de interesse público e tragam benefícios para a sociedade. Desta forma, estas organizações passam a receber algum auxílio do governo, seja financeiro, material ou em recursos humanos, e em troca se compromete a cumprir as metas propostas e a prestar contas da utilização do auxílio recebido. O contrato de gestão atua como um instrumento legal no fomento de serviços benéficos a sociedade através da parceria do público com a organização social, em que atrela o atingimento de metas e a prestação de serviços a sociedade ao recebimento de auxílios financeiros e outros. Na qualificação de organizações sociais estão previstas as assinaturas de contratos de gestão entre as organizações sociais e o poder público, também estão previstos na qualificação das agências de águas e na instituição de serviços sociais autônomos. Em alguns casos como o das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), assina-se um termo de parceria, que possui uma forma de trabalhar muito parecida com o do contrato de gestão (SCHWARZ, 2009).

2.3.2.3 Escopo

O objetivo geral do contrato de gestão é garantir uma melhor qualidade de serviços, principalmente quando se fala da área da saúde, dar um objetivo a ser seguido e uma meta a ser batida é uma forma motivadora de se conseguir melhores resultados, desta forma os contratos de gestão são realizados entre a entidade que foi contratada e seu órgão de supervisão direta, que por sua vez corresponde na maioria das vezes ao ministério responsável pela área de atividades objeto da contratualização, no caso da área da saúde, um exemplo seria um contrato entre as secretarias de saúde municipais e as organizações sociais de saúde. Ainda assim, pode haver participação de outros órgãos envolvidos, em decorrência de alguma possível determinação expressa em documento legal ou normativo, em alguns casos pode ocorrer ainda de haver uma decisão política provinda do Governo Federal. O acompanhamento, a orientação e a avaliação dos contratos de gestão que estejam em andamento, assim como propostas de melhorias e mudanças nos contratos para que haja

aperfeiçoamento nos instrumentos e processos de contratualização de desempenho institucional, são realizados pela a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SCHWARZ, 2009).

2.3.3 Decisões do Superior Tribunal Federal

Para o Supremo Tribunal Federal, o contrato de gestão é um convênio, como se descreve no texto a seguir:

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. (MANSUR, 2018).

Utilização de contratos de gestão com organizações sociais para promover a prestação de serviços na área da saúde, podem ser uma opção. Devido a maior publicidade dos serviços prestados por organizações sociais, também se deu maior flexibilidade e eficiência em tais serviços. Mas há ainda quem alegue que estas organizações não atendem completamente aos princípios do sistema único de saúde e por isso alegam falta de constitucionalidade. A utilização de organizações sociais para atendimento de serviços de saúde tem sido alvo de críticas desde a criação da normatização em 1998, visto que além do questionamento sobre a constitucionalidade, ainda há algumas interpretações diferentes sobre o assunto. Dentre os principais pontos que causam controversas, pode-se citar a natureza jurídica do contrato de gestão, a participação complementar da iniciativa privada no SUS, onde questiona-se a terceirização de atividades finalísticas, a escolha de organizações sociais de boa índole, questiona-se a também se a necessidade de realização licitação para escolha da organização social, também é um ponto polêmico o fato de necessitar ou não de concurso público para contratação do quadro de funcionários pelas organizações sociais (TCU, 2016).

A lei das licitações em seu artigo 24 e inciso XXIV, dispensa a obrigatoriedade de realização de licitações para contratos de prestação de serviços quando se trata de organizações sociais. Porém, a organização deve ser qualificada pelo município para que possa atuar, ou seja, a organização social só poderá realizar contrato com o poder público se estiver devidamente qualificada, além disso, deve haver afinidade entre o ministério da saúde e a atividade fim da organização social (PIETRO, 2017).

Segundo o que diz a decisão do Supremo Tribunal Federal, a escolha das organizações sociais deve ser feita por meio de chamamento público³³, como está relatado no trecho a seguir:

A escolha da organização social para celebração de contrato de gestão deve, sempre que possível, ser realizada a partir de chamamento público, devendo constar dos autos do processo administrativo correspondente as razões para sua não realização, se for esse o caso, e os critérios objetivos previamente estabelecidos utilizados na escolha de determinada entidade, a teor do disposto no art. 7º da Lei 9.637/1998 e no art. 3º combinado com o art. 116 da Lei 8.666/1993 (MANSUR, 2018).

Na ADI 1.923, foi confirmado pelo Supremo Tribunal Federal, que a contratação de organizações sociais por meio de contratos de gestão pelo Poder Público, para prestação de serviços na área da saúde, é constitucional (STF, 2015).

O conjunto de decisões mais consistente do Tribunal de Contas da União (e.g. Acórdãos 3.239/2013 e 352/2016, ambos do Plenário) foi favorável a acolher a possibilidade de realização de contratos de gestão com organizações sociais. Porém vale frisar que devem ser tomados muitos cuidados para evitar confusão, entre um bom e um possível mau uso dos contratos de gestão, para se evitar desperdícios de verbas e recursos e que se abram brechas para a corrupção. Desta forma, os órgãos responsáveis pela supervisão, devem ter um controle redobrado para que não haja distorções e desvio de funções na aplicação dos contratos, de forma a atender igualmente os usuários, e que o objetivo e as metas sejam alcançados. Os contratos de gestão para com organizações sociais, são feitos com total liberdade de escolha pelos governantes, e seu valor vem crescendo à medida que ocorre retração econômica e queda na arrecadação (TCU, 2016).

2.3.4 Utilização responsável das organizações sociais na saúde pública

No ano de 2016, houve alguns episódios envolvendo organizações sociais que chamaram bastante atenção dos meios de comunicação, pois envolveram investigações da Polícias Civil e Federal, Ministérios Públicos e Tribunais de Contas, cuja os quais

³³ Procedimento destinado a selecionar órgão ou entidade da administração pública direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativos para firmar convênio ou contrato de repasse, no qual se garanta a observância dos princípios da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos (BRASIL, 2019).

investigavam contratos de gestão realizados nos estados de Amazonas, Rio de Janeiro, Maranhão, Distrito Federal entre outros Estados. A popularidade das organizações sociais aumentou e em alguns casos onde era para ser utilizado apenas como forma complementar ao sistema público, passou a ser protagonista substituindo a administração direta, dando origem a chamada gestão por organizações sociais. Em alguns casos as irregularidades foram grandes a ponto de as secretarias de saúde não terem condições operacionais de retomar os serviços, em alguns casos o atendimento da saúde era em sua totalidade realizada por organizações sociais. Devido a este tipo de ocorrido, é de grande importância que a sociedade participe dos conselhos de saúde para exercer o controle social das atividades dos governantes, acompanhar a elaboração das leis que muitas vezes desapareçam os órgãos de controle, como já ocorreu no estado de Goiás, em que o tribunal de contas teve que fechar o setor de auditoria (MOTA e RODE, 2017).

A economia de recursos e a menor burocracia nos serviços, são os principais pontos utilizados como justificativa para se adotar a contratação de organizações sociais na área da saúde. Porém ainda não existem estudos concretos avaliando as gestões antes da implantação deste sistema e após a sua implantação, também não há estudos que investiguem o porquê algumas organizações funcionam satisfatoriamente enquanto que existe outras que não apresentam bons resultados. Em algumas avaliações realizadas pode-se perceber que houve problemas relacionados a valores de serviços acima do considerado normal para a atividade, devido à falta de controle do uso dos recursos e de saques milionários realizados algumas vezes sem identificação. Estas avaliações apontam que podem haver inconformidades entre os valores repassados para as secretarias de saúde e os valores repassados para as organizações sociais na realização dos mesmos serviços (MOTA e RODE, 2017).

Percebe-se que existe no Brasil uma tendência de grupos empresariais, em se “disfarçar” de organizações sociais para assim assumir de forma ampla e gradativa as funções das secretarias de saúde. Esta falta de transparência acaba por trazer uma imagem ruim para as verdadeiras organizações sociais. Uma vez que a contratação de organizações sociais é realizada com transparência, realizando prestação de Contas regularmente e seguindo à risca todas as regras do Ministério Público de Contas, torna possível que sociedade possa acompanhar as informações e saber onde de fato estão sendo aplicados os recursos públicos (MOTA e RODE, 2017).

Existem algumas experiências com contrato de gestão que já se mostraram desastrosas como foi a contratação da Real Sociedade Espanhola, que ficou responsável por gerir o Hospital Regional de Santa Maria, no Distrito Federal. Fatos como este mostram que antes da implantação deste modelo de administração, deve-se analisar a viabilidade de aplicação assim como analisar outras possibilidades de solução para os problemas enfrentados (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Oliveira (2017), a utilização de contratos de gestão com organizações sociais, são vistas como soluções para os problemas enfrentados na área da gestão da saúde, porém, não é uma solução mágica, que necessariamente vai trazer resultados melhores do que a administração direta, com gestão do estado, com médicos concursados. A de se concordar que existe um grande problema de gestão na saúde, mas não o regime de contratação que melhorará isso. Para que haja uma boa gestão, deve haver participação no dia a dia da prestação de serviços da unidade de saúde para que se possa acompanhar a frequência dos profissionais que trabalham na área da saúde, a utilização dos materiais, a compra de materiais para reposição, a utilização de materiais no momento correto, além de se fazer avaliações de estratégias para melhorar o atendimento.

Mais um ponto que requer destaque é em relação ao custo que estas organizações sociais representam ao poder público, uma vez que já ocorreu em muitos estados brasileiros, de os contratos com as organizações sociais se tornarem mais caros do que a gestão direta. Tudo isso mostra que é muito importante que deve-se ter uma gestão muito rigorosa com dedicação exclusiva dos médicos, assim como uma forte fiscalização sobre o atingimento das objetivos, o alcance das metas, cumprimento de horários e o uso racional e adequado dos materiais, para evitar que se tenha gastos desnecessários e o serviço não se torne falho (MOTA e RODE, 2017).

Outro ponto polêmico é sobre a liberdade de escolha dos governantes ao decidirem realizar um contrato de gestão com uma organização social. Desta forma, transformar uma entidade privada em uma organização social é o que se chama no direito administrativo, de ato discricionário, ou seja, praticado com liberdade de escolha de seu conteúdo, do seu destinatário, tendo em vista a conveniência e a oportunidade de sua realização (FREITAS, 2016).

Quando isso ocorre na esfera federal, a decisão é tomada pelo Ministro ou titular do órgão supervisor ou regulador da área em questão. Este fato traz algumas discussões, pois

pode trazer brechas de risco a legalidade, pois é uma decisão tomada diretamente pelo governante em questão (AZEVEDO, 2000).

Estas discussões ocorrem com aqueles que defendem o ato administrativo vinculado, que é aquele que contém todos os seus elementos constitutivos vinculados à lei, não existindo dessa forma qualquer subjetivismo ou valoração do administrador, mas apenas a averiguação da conformidade do ato com a lei (FREITAS, 2016).

Porém o ato discricionário apenas dá ao governante uma liberdade maior para agir em algumas questões. Sendo assim, no ato vinculado, o governante deve seguir à risca o que está na lei e o ato discricionário permite uma liberdade de escolha, permitida por lei (MEIRELLES, 2016).

O poder executivo tem direito garantido por lei de escolher ou não qualificar uma entidade privada como organização social, sendo assim, cabe o poder executivo analisar se realmente é de interesse público a transferência de serviços públicos para as organizações sociais, analisar a viabilidade econômica de tal atitude, bem como os reflexos futuros desta ação, e caso julgue ser uma boa oportunidade, seguir com a contratação ou criação de uma organização social. De uma forma geral o governante deve avaliar as vantagens e desvantagens para a população, desse repasse de responsabilidades. Por fim, o poder executivo deve apresentar argumentos que justifiquem tal ação, ou seja, explicar o porquê é melhor uma organização social conceder serviços que deveriam ser oferecidos pela administração direta. Devido a ser um ato discricionário, ou seja, que é de escolha do governante, a escolha da organização social deve ser bem embasada, com argumentos convincentes de que é a melhor atitude a ser tomada perante a situação em que os serviços públicos se encontram (AZEVEDO, 2000).

Um ato discricionário sem uma motivação é inaceitável, que apresenta vícios e por isso deve ser invalidado (MELLO, 2007).

2.3.5 Possibilidade do uso do contrato de gestão com uma organização social de saúde (OSS) para solucionar o problema de falta de médicos.

A criação de uma organização social de saúde, pode ser uma solução para tentar melhorar alguns aspectos da contratação de médicos pelas secretarias de saúde dos municípios, devido a menor burocracia envolvendo a contratação de médicos, e a maior autonomia gerencial que as organizações sociais possuem quando comparadas com a

administração direta. Desta forma, cria-se uma parceria com uma determinada organização social de saúde que ficará responsável por contratar médicos e resolver as questões burocráticas, como salários, horários de trabalho de cada profissional, coisa que nem sempre é possível quando se trata da administração direta. De acordo com a lei 8080/90, a organização social de saúde, pertence ao setor privado, porém, não pode ter fins lucrativos, deve atuar em parceria com o governo e tem o dever de colaborar com o cumprimento das obrigações do sistema único de saúde de forma complementar (BRASIL, 1990). Desta forma a utilização de uma organização social de saúde pode ajudar a preencher brechas que a administração pública tem dificuldade em fazer.

De acordo com a lei n. 9.637, de 18.5.1998, os representantes do Poder Executivo têm a possibilidade de utilizar as organizações sociais, para o atendimento das atividades relacionadas a saúde desde que estas respeitem os princípios de serem pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos e estando de acordo com todas as obrigações estabelecidas em contrato. Um dos motivos para se utilizar do contrato de gestão com organizações sociais de saúde, é o de que este instrumento permite que se transfira certas atividades que antes eram responsabilidade da administração direta, para o setor privado, sem a necessidade de haver uma concessão ou permissão. É uma forma diferente de parceria, ou uma espécie de terceirização supervisionada pelo estado, que presta serviços que não tem obrigação de serem realizados exclusivamente pelos órgãos e entidades governamentais. Através desses contratos, se torna possível que haja um grande controle do estado sobre as entidades privadas, que de alguma forma se beneficiam de alguma forma de fomento fornecida pelo estado. Este controle ocorre através a estipulação de objetivos e metas a serem alcançados (AZEVEDO, 2000).

Para que a contratação de uma organização social seja realizada, é necessário que o ente da federação utilize sua própria lei. Após a realização da qualificação da organização social, deve-se fazer um certame através de um chamamento público, formalizando o vínculo jurídico da celebração do contrato de gestão, e implantará as metas, as formas de monitoramento, controle e avaliação, as obrigações e os direitos da OS e da Administração Pública (PIETRO, 2017).

2.3.6 Criação de organizações sociais

Estas organizações sociais poderão ser enquadradas para a prestação de serviços à comunidade em parceria com o poder público, e caso não exista uma organização social que

atenda aos requisitos, pode-se criar uma e dar o título de organização social. Os tipos de pessoas físicas que podem se encaixar estão previstas no código civil e são elas: sociedades civis; religiosas; científicas; literárias; as fundações também se encaixam para este tipo de contrato. O importante neste caso é que as organizações sociais estejam alinhadas ao que diz na lei (AZEVEDO, 2000).

É de grande importância que a gestão da saúde pública feita por meio de organizações sociais de saúde, respeite os princípios básicos do sistema único de saúde, que são: acesso universal, integralidade da assistência e equidade na oferta de serviços (PIETRO, 2017).

Estas organizações sociais devem atender aos seguintes pontos: em hipótese alguma uma organização social que esteja em contrato de prestação de serviços para o poder público, pode ter fins lucrativos, a fim de cumprir o que diz a lei e evitar que serviços públicos sejam prestados como particulares; eventuais doações que estas organizações recebam, devem ser haver prestação de contas do seu uso, e/ou o seu valor deve ser incorporado ao patrimônio da instituição; da mesma forma, possíveis sobras de verbas, ou recursos não utilizados, devem ser declarados em prestações de contas; além da saúde, a utilização de organizações sociais também pode ser realizada para promover o ensino, a cultura, a ciência, a tecnologia e o meio ambiente; possuir uma diretoria colegiada que permita a participação tanto de representantes do Poder Público e da comunidade; as ações do órgão deve ser públicos e transparentes; assim como a administração direta, a contratação de organizações prevê a prestação de contas ao Tribunal de Contas de todo tipo de recurso recebido; e a parceria entre as organizações sociais e o poder público, só pode ser concretizado com a fixação de objetivos e metas mensuráveis e o comprometimento em alcançá-las para que haja um controle dos resultados (AZEVEDO, 2000).

Após o a criação da organização social, e estando de acordo com todos os pontos já citados, a entidade seja já existente ou recém-criada passa a receber recursos do poder público, como verbas, imóveis para funcionamento e servidores, no caso de servidores, a disponibilização é facultativa, sendo o estado responsável pela decisão de se fazer ou não. Estes bens e recursos serão repassados, conforme firmado em contrato, necessitando de permissão para que isto ocorra, no caso de verbas, o repasse deverá ser realizado de acordo com o cronograma estipulado no contrato de gestão. Para as instituições sem fins lucrativos que já existem e que já prestam serviços à comunidade, pode ser vantajoso a realização de uma parceria com o poder público, uma vez que passará a obter mais recursos e auxílios com

o ônus de passar a ser controlada pelo estado e ter a necessidade de realizar prestações de contas (AZEVEDO, 2000).

Devido a exigência de transparência nas atividades, publicidade e prestação de contas das receitas e despesas, é necessário que haja um conselho administrador da entidade com boa capacidade de gestão, permitindo que o poder público e a comunidade, tenham representantes dentro da entidade (maioria), a fim de aprovar ou desaprovar atos da diretoria executiva da entidade. Assim quando uma organização social firma uma parceria com o poder público, ou quando se cria uma nova organização social para assumir algumas atividades, o estado e a sociedade possuem meios de controlar as atividades desta organização social e a utilização dos recursos. Os contratos de gestão são utilizados também para melhorar o controle social dos serviços por meio de conselhos administrativos (AZEVEDO, 2000).

Da mesma forma que o poder executivo pode tornar uma entidade privada em uma organização social, o poder público pode desqualificar uma organização social, e desta forma, a mesma deixa de possuir os benefícios adquiridos. Este tipo de atitude pode ser tomado, caso a organização social não cumpra com suas obrigações documentadas no contrato de gestão firmado, e através de um processo administrativo se investiga tais irregularidades, dando-se o direito de defesa aos dirigentes da organização social. O contrato de gestão entre o estado e as organizações sociais, são na verdade um acordo operacional, sendo uma espécie de convenio que é fixado entre as partes, ambos com direitos e obrigações. Neste acordo, o estado disponibiliza as condições necessárias para a realização da tarefa contratada, em troca de serviços mais eficientes e menos burocráticos. A organização social, se compromete a realizar a tarefa contratada, com eficiência e agilidade, em troca recursos do estado (AZEVEDO, 2000).

2.3.7 Compromissos do contrato de gestão

Devido a contratos de gestão que deram errado, por falta de cumprimento das obrigações e falta de comprometimento de ambas as partes, foi necessário se utilizar de ferramentas que tornem o contrato de gestão mais eficaz. Por este motivo é necessário que no contrato de gestão esteja claro o modo de ação, ou seja, um programa de trabalho detalhado, determinando quais ações serão tomadas, quais os objetivos a serem seguidos e quais as metas a serem batidas, quais os respectivos prazos de execução, também devem estar no contrato os métodos de avaliação do desempenho e os indicadores de qualidade e produtividade. Um

ponto importante para que o contrato funcione na prática é a previsão de limites de gastos, critérios para o pagamento de salários e remunerações e benefícios de diretores e funcionários da organização social, além de muitas outras coisas que podem ser incluídas em contrato, caso se julgue necessário (AZEVEDO, 2000).

A utilização de organizações sociais de saúde, para prestação de serviços sociais livres à ação da iniciativa privada na esfera pública, representa uma boa estratégia para promover parcerias de entidades privadas sem fins lucrativos com o poder público. Um ponto importante é o de que não se deve subestimar a capacidade de operação das organizações sociais de saúde, uma vez que, sendo bem geridas, elas possuem capacidade de entregar bons serviços, mas não se deve também superestimar a capacidade das organizações sociais de saúde, pois nem todos os problemas podem ser resolvidos com a simples troca no sistema de gestão, a área da saúde envolve muitos aspectos que fogem do alcance dos gestores. É importante frisar que com o repasse dos serviços para as organizações sociais, o poder público não fica isento de sua obrigação em garantir os direitos sociais, apenas muda o foco, em vez de aplicar, passa a regular e promover serviços sociais através da fiscalização e da participação direta nas decisões tomadas pelas organizações sociais de saúde, ampliando a sua capacidade de direta ou indiretamente assegurá-los (PIETRO, 2017).

O que torna um contrato de gestão eficaz ou não é o controle do desempenho e a cobrança por resultados, buscando resolver os problemas com negociação, buscando novas ideias, novas tecnologias e ferramentas de gestão, comparando com outras organizações sociais, copiando modelos que funcionam e descartando aqueles que não apresentam resultados. Para este controle é necessário que se tenha indicadores de desempenho, antes e depois da implantação do sistema, indicadores de outras organizações sociais em situação parecida, a fim de comparação. Assim o poder público e a sociedade podem acompanhar as atividades da organização social, propor mudanças, exigir o cumprimento de prazos. Em casos mais extremos, onde não há o cumprimento das obrigações, podem ser tomadas atitudes como a substituição dos diretores podendo ocorrer até a cassação do título de organização social (AZEVEDO, 2000).

Aquelas entidades que receberem a qualificação para se tornar uma organização social tem o dever de apresentar ao órgão supervisor (aquele com o qual se assinou contrato) um relatório sobre os seus atos, após a realização de uma atividade específica ou conforme foi estabelecido em contrato. Este relatório deve constar um comparativo dos resultados

alcançados até o momento, com os objetivos que se pretende alcançar, o relatório deve ser acompanhado da prestação de contas de uso dos recursos. O órgão supervisor deve analisar constantemente os resultados alcançados com a execução das atividades, a análise deve ser feita por especialistas e pessoas com qualificação na área. Esta análise periódica se faz necessário para que se possa identificar possíveis irregularidade ou ilegalidades na execução das atividades, caso seja identificado alguma irregularidade o Tribunal de Contas da União deve ser notificado (SANTANA, 2016).

O decreto nº 5.504/05, traz alguns pontos relevantes a serem seguidos pelas organizações sociais que possuem contratos de gestão com o estado, referentes ao repasse de recursos e a utilização destes pelas entidades. Este decreto em seu artigo 11, diz que as organizações sociais devem seguir os princípios de impessoalidade, moralidade e economicidade na realização de compras de produtos e contratação de serviços, e desta forma da compra ou contratação devem realizar no mínimo uma pesquisa de valores no mercado. A licitação deixou de ser obrigatória, porém há a necessidade de haver pelo menos uma cotação de preços antes das contratações de serviços e compras de produtos (SANTANA, 2016).

2.3.8 Organizações sociais em municípios

Os municípios que desejarem utilizar desta forma para prestação de serviços relacionados a saúde, terão que criar suas próprias leis e assim uma organização poderá atuar no município dentro da sua competência cabível. Apenas o município interessado em implantar o sistema pode legislar sobre o tema. Não existe uma lei federal, válida para todas os entes da federação, o que existe é apenas a Lei n. 9.637/98, que é válida apenas para contratos de gestão no governo federal. Deste modo, esta lei serve apenas como inspiração para a criação de leis específicas no município. A criação de uma lei no município para regulamentar a contratação de organizações sociais tem o ponto positivo de ser possível a colocação de pontos especiais, adaptações e peculiaridades locais, em especial no que diz respeito aos serviços que entendam convenientes que sejam prestados pelo setor privado. O modelo federal traz a possibilidade de se colocar em lei municipal os mesmos pontos e benefícios concedido às organizações sociais que trabalham com o governo federal, como o repasse de verbas federais, sessão de bens, funcionários, entre outros (AZEVEDO, 2000).

Em avaliações realizadas com a intenção de analisar qual modelo de gestão (administração direta ou contrato de gestão com organizações sociais de saúde) possui melhor

desempenho, foi analisado que quando se tem um nível de autonomia maior como ocorrem nos casos das organizações sociais, o gestor possui uma capacidade de avaliar e controlar os resultados maior, uma vez que o foco do gestor é apenas no resultado desejado. O gestor possui uma capacidade de dominar os órgãos, maior, assim como um melhor controle externo, e utiliza ferramentas focadas em desempenho das unidades e controle dos procedimentos. A procura por eficiência faz com que o gestor haja em função de integrar os recursos e metas a uma estruturação de processos de trabalho. O contrato de gestão serviu para controlar o desempenho das unidades avaliadas e também para definir parâmetros de distribuição de recursos, além de levantar melhor os custos relacionados a procedimentos e serviços prestados (BARBOSA e ELIAS, 2010).

O mesmo estudo realizado em hospitais no estado de São Paulo com administração direta, mostrou que no sistema de administração direta, os gestores possuem pouca autonomia de ação, em especial no que se refere a recursos humanos, além da baixa capacidade de mudanças no sistema. Os gastos com pessoal muitas vezes são muito altos e esbarram na lei de responsabilidade fiscal, dificultando a contratação de profissionais, além disso existe uma série de elementos que compõem a política de recursos humanos, que são os processos de recrutamento, seleção, incentivos ao desempenho e sanções administrativas. Nestas unidades onde ocorre a administração direta, existem muitas dificuldades com relação a contratação de pessoal, pois existem normas que limitam a remuneração dos profissionais, como os limites de gastos, e tetos de gastos com recursos humanos, outro empecilho é a política de ingresso e permanência nas entidades de serviço público. Nas unidades que foram investigados pelo menos 80% dos profissionais que trabalham, entraram por meio de concurso público. O problema é que esta forma de contratação é burocrática e depende de autorização, dinheiro e tempo para que seja realizado, mesmo com a realização de concursos, ainda existem tetos de gastos que devem ser respeitados. Todos estes pontos, nem sempre estão de acordo com as reais necessidades da área da saúde, ou seja, levam em consideração apenas os gastos com e não a efetividade dos serviços (BARBOSA e ELIAS, 2010).

Em locais onde a gestão dos serviços de saúde é realizada por organizações sociais de saúde, os gestores relatam que um dos principais motivos para a escolha deste modelo é a limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, à remuneração dos profissionais e aos gastos com pessoal (COELHO e GREVE, 2016).

Desta forma, a utilização de organizações sociais pode trazer formas de contratação menos burocráticas, mais rápidas, a fim de satisfazer as necessidades da sociedade e usuários do sistema público, oferecendo assim uma melhor utilização da instalação física e dos recursos humanos. Em municípios pequenos, há uma grande instabilidade no quadro de médicos, com grande rotatividade de profissionais. Esta rotatividade se deve em parte, à menor faixa de salário quando comparado com municípios de maior porte, e a administração direta mesmo quando deseja remunerar melhor seus profissionais, fica impedido pela lei de fazê-lo. No caso das organizações existe uma expectativa de contratação com salários acima da média paga pela administração direta (BARBOSA e ELIAS, 2010).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Pois não se objetiva a obtenção de representação numérica, mas, sim, a compreensão qualitativa dos efeitos da utilização de contratos de gestão em pequenos municípios. Sendo assim será realizada uma pesquisa bibliográfica das publicações sobre o assunto. O método a ser utilizado é o dedutivo, que se trata de uma forma racionalista, utilizando a razão como forma de chegar ao conhecimento, analisando do geral para a particular, até a conclusão.

Existem dois critérios básicos para a classificação de uma pesquisa, quanto para os fins e quanto para os meios. Para os fins é proposto na pesquisa para atender o seu objetivo e para os meios, se refere ao modo que será feita a investigação da pesquisa (VERGARA, 2009).

Neste trabalho será seguida a metodologia criada por Gil (2008). A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.

Neste projeto será realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto abordado, com pesquisas em livros e bases de dados, leitura e análises teórica. O que proporcionara um maior conhecimento sobre o assunto a ser abordado permitindo um aprofundamento sobre o tema pesquisado. Em seguida será feita uma análise aplicabilidade dos contratos de gestão na secretaria de saúde do município. A obtenção dos dados será por meio de uma pesquisa documental, uma vez que deseja analisar a utilização de contratos de gestão em outros municípios que já tenham adotado este sistema a mais tempo, partindo de fatos reais, contextos históricos, políticos, concretos e objetivos.

Tem a função de gerar maior conhecimento sobre o problema para torná-lo mais claro ou construir hipóteses. De forma geral esta pesquisa irá aprimorar melhor as ideias sobre o assunto abordado. É possível realizar a junção de teoria e prática sendo utilizados, alguns autores que serviram de embasamento a este relato de experiência, através de uma pesquisa bibliográfica em livros, artigos e dissertações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de um contrato de gestão com organizações sociais para a contratação de médicos pode ser uma alternativa viável em pequenos municípios em que ocorre falta de profissionais devido à baixa atratividade salarial ofertada nos concursos públicos. Municípios pequenos geralmente apresentam uma remuneração para médicos abaixo de municípios maiores, aliado a isto também pode-se citar a qualidade de vida dos médicos, que muitas vezes escolhem cidades mais desenvolvidas para estabelecer residência. Mesmo quando o município tem a intenção de oferecer uma remuneração maior aos profissionais, fica impedido pela lei de responsabilidade fiscal que limita os gastos públicos com salários de servidores e teto remuneratório máximo municipal, baseado no subsídio dos Prefeitos, onde ninguém no âmbito da administração pública municipal pode ganhar mais que o prefeito, que é determinado pelo artigo 37, em seu inciso XI, da constituição federal.

Uma parceria com uma determinada organização social de saúde que ficará responsável por contratar médicos e resolver as questões burocráticas, como salários, horários de trabalho de cada profissional, coisa que nem sempre é possível quando se trata da administração direta.

As organizações sociais podem ser responsáveis pelos serviços de saúde dentro do município, onde através do contrato de gestão é estabelecido, todas as funções, obrigações e direitos da organização social. No contrato também deve ser determinado métodos de avaliação do desempenho das organizações, os objetivos que se pretende alcançar com a nova forma de gestão e as metas a serem alcançadas dentro da saúde do município. Para o controle das atividades das organizações sociais, deve haver participação do poder público e da comunidade no dia a dia da prestação de serviços da unidade de saúde, acompanhando a frequência dos profissionais que trabalham na área da saúde, a utilização dos materiais, a compra de materiais para reposição, a utilização de materiais no momento correto, além de se fazer avaliações de estratégias para melhorar o atendimento.

As organizações sociais devem apresentar ao órgão supervisor um relatório sobre os seus atos, mostrando comparativos dos resultados alcançados, com os objetivos que se pretende alcançar, acompanhado da prestação de contas de uso dos recursos. O relatório e a prestação de contas devem ser analisados por especialistas e pessoas com qualificação na área. Esta análise periódica se faz necessário para que se possa identificar possíveis

irregularidade ou ilegalidades na execução das atividades, caso seja identificado alguma irregularidade o Tribunal de Contas da União deve ser notificado.

Desta forma a utilização de uma organização social por meio de contrato de gestão pode trazer ao município um controle melhor sobre as atividades, uma vez que as atividades terão metas a serem batidas e a cobrança por transparência nas ações será maior.

5. REFERÊNCIAS

- AKA, S. M. R. Fases de desenvolvimento dos contratos de gestão na Prefeitura de Curitiba. **Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização.**, Curitiba, p. 93-98, 2009.
- ALEXY, R. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Malheiros, 2008. 473 p.
- ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. **Cad Saúde Pública.**, São Paulo, v. 33, jan 2017. ISSN 2.
- ALMEIDA, M. B. D. Contratos de gestão: conceito, origem, natureza jurídica, objetivos e características. **Revista Jus Navigandi**, Teresina-PI, dez 2014. ISSN 1518-4862.
- ANDRÉ, A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado.. **Revista de Administração Pública**, São Paulo - SP, v. 39, p. 42-52, setembro 1999.
- ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte , v. 22, n. 3, p. 953-963, janeiro 2017.
- ARRETCHE, M. Mitos da Descentralização: Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 31, jun 1996.
- AZEVEDO, E. D. A. Organizações Sociais. **PGE**, 2000. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista5/5rev6.htm>>. Acesso em: 21 set. 2019.
- BAHIA, C. J. A.; ABUJAMRA, A. C. P. A Justiciabilidade do direito fundamental à saúde: Concretização do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. **Revista dos Tribunais**, São Paulo , v. 892, p. 37/85, fev 2010.
- BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Debate**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1385-1397, jan 2008. ISSN 5.
- BAHIA, L. O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições. Futuros do Brasil. Ideias para ação.. **CEE Fiocruz**, Rio de Janeiro, jan 2017.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, dez 2010.
- BARCELLOS, A. P. D. **A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. São Paulo: Renovar, 2002. 245-246 p.
- BERCOVICI, G. A Descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 1, p. 13/28, mar 2002.

BERTOLINI, D. B. et al. Contrato de de gestão: O impacto da contratualização no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER. **revista fmrp**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 1, p. 19-26, ago 2015.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2010.

BONAVIDES, P. **Bonavides, Paulo**. São Paulo: Malheiros, 2009. 532 p.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Malheiros, 2009. 532 p.

BRASIL. Constituição da república federativa do brasil de 1988. **Constituição Federal de 1988**, Brasília, 1988.

BRASIL. Constituição Federal (Artigos 196 a 200). **Conselho Nacional de Saude**, 1988.

Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf>.

Acesso em: 29 maio 2019.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Medicamentos. Portaria Nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União 1998**, 1998.

BRASIL. Lei complementar Nº 101, de 4 de maio de 2000. **Planalto**, 2000. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/lcp/Lcp101.htm>. Acesso em: 26 jun. 2018.

BRASIL. Política nacional de atenção básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., Brasília, 2006.

BRASIL. Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** , Brasília, 2009.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Planalto**, 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BRASIL. O Financiamento da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, p. 68, jan 2011.

BRASIL. Lei complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Planalto**, 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 03 jul. 2019.

BRASIL. Constituição Federal. **Senado Federal**, 2016. Disponível em:

<https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/art_6_.asp>.

Acesso em: 29 maio 2019.

BRASIL. Chamamento Público. **Plataforma Mais Brasil**, 2019. Disponível em: <<http://plataformamaisbrasil.gov.br/ajuda/glossario/chamamento-publico>>. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. o papel de cada ente da federação na gestão da saúde pública. **Governo federal**, 2019. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CARNEIRO, J. R. N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Rev Admin Publ.**, São Paulo, v. 37, p. 201-226, jan 2003. ISSN 2.

CARVALHO, G. Comentários à lei complementar 141 de 13-1-2012 que regulamenta a EC-29 e aos vetos ao projeto aprovado. **Fiocruz**, 2012. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/material%20noticias/analise_Gilson_Carvalho_lei_emen_da_29.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

CECILIO, L. C. D. O. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 200-207, Dezembro 2007.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867 - 901, jan 2016.

CORDEIRO, H. et al. Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social (INAMPS). **fgv**, 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

DAL POZ, M. R.; PIERANTONI, C. R.; GIRARDI, S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 187-237, jan 2013.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DI PIETRO, M. S. Z. Contratos de gestão: contratualização do controle administrativo sobre a administração indireta e sobre as organizações sociais. **PGE**, 2010. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo9.htm>>. Acesso em: 29 maio 2019.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 28ª. ed. São Paulo: Atlas., 2015.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, , 28(4);, abr, 2012, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, abr 2012.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012. ISSN 0102-311X.

ELIAS, M. C. G. Contratação de médicos no âmbito da administração pública municipal. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, p. 1626, Dezembro 2012. ISSN 1518-4862.

EL-WARRAK, L. A contratualização no âmbito da gestão pública da saúde: a experiência da área de planejamento 4 do Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, janeiro 2008.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina-PR, v. 16, n. 1, p. 142, junho 2011. ISSN 2176-6665.

FREITAS, A. D. A. A. G. D. Definição de ato administrativo vinculado e discricionário. **jusBrasil**, 2016. Disponível em: <<https://andressa3110.jusbrasil.com.br/artigos/341778836/definicao-de-ato-administrativo-vinculado-e-discricionario>>. Acesso em: 21 set. 2019.

GIACOMINI, C. Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. **Instituto Municipal de Administração Pública**, Curitiba-PR, 2009.

HENRIQUES, F. V. Direito Prestacional à Saúde e Atuação Jurisdicional. In: SOUZA NETO, C. P. D.; SARMENTO, D. **Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 830.

IBGE. Agencia IBGE noticias. **IBGE**, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23200-em-2017-expectativa-de-vida-era-de-76-anos>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

KOWALSKI, R. L. Em 18 anos, número de médicos praticamente dobra no Paraná. **bemparana**, 2019. Disponível em: <<https://www.bemparana.com.br/noticia/em-18-anos-numero-de-medicos-praticamente-dobra-no-parana#.XRFr7-hKhdg>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

MACHADO, A. R.; GIANINI, J. B. Direito constitucional a saúde: visão da classe médica sobre a terceirização da saúde pública na cidade de Santos/SP. **Revista de Direito Administrativo e Gestão Pública**, Minas Gerais, v. 1, n. 2, p. 217 - 242, out 2015. ISSN 2526-0073.

MANSUR, N. S. Boas práticas na gestão de parceria com o terceiro setor na saúde contrato de gestão condições e metas. **Tribunal de Contas da União**, 2018. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/data/files/9F/B5/DC/3E/2BC75610C3630256E18818A8/Contratos%20de%20Gestao%20-%20Nacime%20Salomao%20Mansur.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2019.

MARTINS, L.; DIMOULIS, D. Teoria Geral dos Direitos Fundamentais. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, n. 2, jan 2010.

MARTY, I. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. **Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização.**, Curitiba, p. 43-56, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **uefs**, Rio de Janeiro, jan 2001.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo: Malheiros, v. 42, 2016.

MELLO, C. A. B. D. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2005. 339 p.

MENDONÇA, M. H. M. D. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **ciencia e saúde coletiva**, Rio de Janeiro - RJ, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, janeiro 2010.

MOTA, S.; RODE, H. Organizações Sociais na saúde. **Alta Complexidade Política & Saúde**, Brasília, dez 2017.

MOURA, E. S. D. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Âmbito Jurídico**, jul 2013. Disponível em:

<http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440>. Acesso em: 29 maio 2019.

MS. Comissão Intergestores Tripartite. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/comissao-intergestores-tripartite>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

NOGUEIRA, R.; PIOLA, S.; VIANNA, S. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, R., et al. **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde**: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB, CEAM, NESP, ObservaRH, 2010. p. 131-153.

OLIVEIRA, J. M. D. Organizações Sociais na Saúde. **Camara**, 2017. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/publicacoes-1/a-edicao-ndeg01-2015-do-politica-saude/politica-saude-edicao-no-06-2017/view>>. Acesso em: 19 set. 2019.

OLIVEIRA-FILHO, R. S. D. et al. Fomento à publicação científica e proteção do conhecimento científico. **BuscaLegis**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-9, abr 2007.

OMS. publicações. **organização mundial da saude**, 2010. Disponível em:

<<https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 29 maio 2019.

OMS. Despesa com a saúde corrente (CHE) em porcentagem do produto interno bruto (PIB) (%): dados por país. **Organização Mundial da saúde**, 2017. Disponível em:

<<http://apps.who.int/gho/data/view.main.GHEDCHEGDPSHA2011v?lang=en>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

PIANETTI, C. A. C. A terceirização dos serviços de saúde no Brasil. **Migalhas**, 2014.

Disponível em:

<<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI203719,61044-A+terceirizacao+dos+servicos+d+e+saude+no+Brasil>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos. In: BARROS, A. F. D. R., et al. **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília : Ministério da Saúde, v. 2, 2004.

PIETRO, M. S. Z. D. **Manual de orientações para contratações de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da saúde , 2017.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: Uma história a procura de rumo. **IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Rio de Janeiro, jan 2013.

RIBEIRO, R. A contratação do médico como pessoa jurídica e os reflexos desta prática à luz do direito do trabalho. **Jusbrasil**, 2016. Disponível em: <<https://reginaribeirobhj.jusbrasil.com.br/artigos/351511747/a-contratacao-do-medico-como-pessoa-juridica-e-os-reflexos-desta-pratica-a-luz-do-direito-do-trabalho>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

ROBLES, L. T.; FISCHMANN, A. A. Contratos de gestão no Estado de São Paulo: o caso das empresas estatais não-financeiras. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, July/Aug. 1995.

ROCHA, F.; NISHIJIMA, M.; ORELLANO, V. Autonomia de gastos e qualidade da saúde nos municípios brasileiros. **ANPEC**, 2011. Disponível em: <https://www.anpec.org.br/encontro/2013/files_I/i5-993e95f44ef96031c63ea2d82dab3ac6.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, abr 2018. ISSN 1806-9592.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **©RAE**, São Paulo, v. 48, n. 3, abr. 2004. ISSN 0034-7590.

SANTANA, R. D. Contratos da Administração Pública com entidades do terceiro setor. **jus.com**, 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/48719/contratos-da-administracao-publica-com-entidades-do-terceiro-setor>>. Acesso em: 22 set. 2019.

SANTOS FILHO, S. B.; FIGUEIREDO, V. D. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da política de humanização: experimentando uma metodologia na referência de cogestão. **Interface Comunic Saúde Educ**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 615-626, janeiro 2009. ISSN 1414-3283.

SANTOS, L. SUS: Contornos da Integralidade da Atenção à Saúde. **Boletim de Direito Administrativo**, Campinas, p. 921-927, ago 2007.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas: saberes, 2012. 61 p.

SANTOS, L. Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania** dez, 2013. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/12/27/contrato-organizativo-de-acao-publica-coap/>>. Acesso em: 24 maio 2019.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, p. 438-46, jan 2015. ISSN 2.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. **Panóptica**, Vitória, v. 1, n. 4, p. 1-22, Dez 2006.

SARLET, I. W. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição. **Panóptica**, Vitória, v. 1, n. 4, p. 1-22, dez 2006.

SCHEFFER, M. Demografia médica no Brasil 2015. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE**, Rio de Janeiro, 2015.

SCHEFFER, M. et al. demografia médica no Brasil 2018. **jornal USP**, 2018. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018-2.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SCHWARTZ, G. A Autopoiese do Sistema Sanitário. **Revista do Direito Sanitário**, v. 4, n. 1, p. 54, mar 2003.

SCHWARZ, L. A experiência de contratualização de resultados no governo federal brasileiro. **Ministerio Do Planejamento, Orçamento E Gestão**, Brasília, dez 2009.

SERAU JÚNIOR, M. A. Aspectos processuais do acesso a medicamentos e tratamentos médicos: tutela judicial do direito fundamental à saúde.. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 902, p. 67/86, dez 2010.

SERRANO, M. D. A. M. **O Sistema Único de Saúde e suas diretrizes constitucionais**. São Paulo: Verbatim, 2012. 146 p.

STF. ADI 1.923. **supremo tribunal federal**, 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10006961>>. Acesso em: 20 set. 2019.

SUS. história. **sistema unico de saude**, 2019. Disponível em: <<https://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacuteria.html>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

TCU. A contabilização dos pagamentos em contratos de gestão. **tribunal de contas da união**, 2016. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/sagas/SvlVisualizarRelVotoAcRtf?codFiltro=SAGAS-SESSAO-ENCERRADA&seOcultaPagina=S&item0=566823>>. Acesso em: 2019 set. 2019.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, Porto Alegre, jun. 2010.

WEICHERT, M. A. O Direito à Saúde e o Princípio da Integralidade. In: SANTOS, L. **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Editora Saberes, 2010. p. 116.

B869i

Bronholo, Taina.

A importância dos contratos de gestão para melhorias na saúde pública / Taina Bronholo, 2019
68 f.

Orientador: Larissa Copatti Dogenski

Monografia (Graduação) – Faculdade de Ensino Superior do Centro do Paraná, Pitanga, 2019

1. Saúde Pública. 2. Contratos. I. Faculdade de Ensino Superior do Centro do Paraná. II. Título.

Feita pelo bibliotecário Eduardo Ramanauskas
CRB9 -1813



FACULDADES
DO CENTRO DO
PARANÁ

*Ensino
por Ideal*

12410-000 - Av. Deputado Carlos de Barros, 110 - Pitanga PR

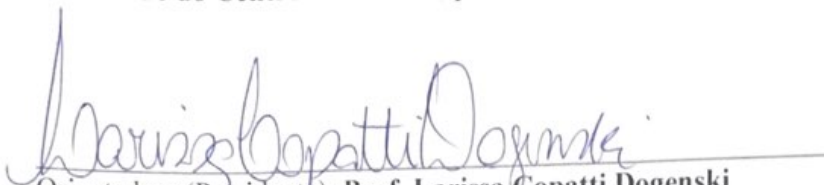
FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DO CENTRO DO PARANÁ

TERMO DE APROVAÇÃO

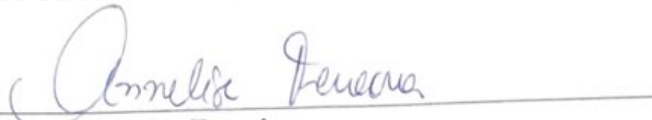
TAINÁ BRONHOLO

“A IMPORTÂNCIA DOS CONTRATOS DE GESTÃO PARA MELHORIAS NA SAÚDE PÚBLICA”

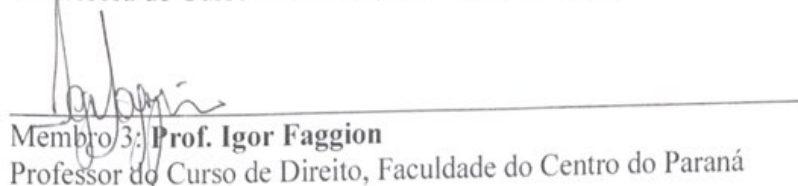
Trabalho de Curso aprovado com nota 10 (DEZ) como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito no Curso de Direito da Faculdade do Centro do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:



Orientadora (Presidente): **Prof. Larissa Copatti Dogenski**
Professora do Curso de Direito, Faculdade do Centro do Paraná



Membro 2: **Prof. Annelise Ferreira**
Professora do Curso de Direito, Faculdade do Centro do Paraná



Membro 3: **Prof. Igor Faggion**
Professor do Curso de Direito, Faculdade do Centro do Paraná

Pitanga, 05 de Dezembro de 2019.

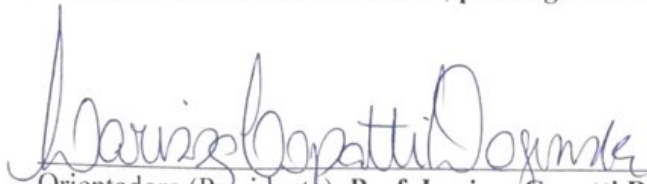
FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DO CENTRO DO PARANÁ

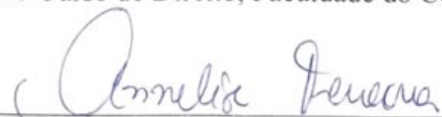
TERMO DE APROVAÇÃO

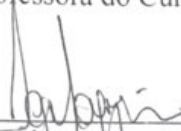
TAINÁ BRONHOLO

**“A IMPORTÂNCIA DOS CONTRATOS DE GESTÃO PARA MELHORIAS
NA SAÚDE PÚBLICA”**

Trabalho de Curso aprovado com nota 10 (Dez) como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito no Curso de Direito da Faculdade do Centro do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:


Orientadora (Presidente): **Prof. Larissa Copatti Dogenski**
Professora do Curso de Direito, Faculdade do Centro do Paraná


Membro 2: **Prof. Annelise Ferreira**
Professora do Curso de Direito, Faculdade do Centro do Paraná


Membro 3: **Prof. Igor Faggion**
Professor do Curso de Direito, Faculdade do Centro do Paraná

Pitanga, 05 de Dezembro de 2019.