

ORGANIZAÇÃO
THIAGO LOPES CARDOSO CAMPOS

PREFÁCIO DA PROF. DRA. LENIR SANTOS E
DA PROF. VALÉRIA SALGADO

10 anos

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE



EDITORA SABERES

Sobre a ANFES

A Associação Nacional de Fundações Estatais em Saúde foi fundada no dia 31 de janeiro de 2013, em assembleia realizada na cidade de Salvador e presidida pelo advogado Thiago Campos. De acordo com seu estatuto, a Associação tem por finalidade promover os interesses políticos, econômicos, jurídicos, normativos e institucionais das fundações associadas.

Ao longo dos seus 10 anos, a ANFES vem apoiando e assessorando de forma contundente as suas associadas, e tem sempre se colocado à frente na defesa e fortalecimento do modelo de gestão das fundações públicas de direito privado que atuam na área da saúde no Brasil.

10 ANOS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE
FUNDAÇÕES ESTATAIS DE
SAÚDE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

10 anos Associação Nacional de Fundações
Estatais de Saúde [livro eletrônico] /
[organização Thiago Lopes Cardoso Campos ;
prefácio Lenir Santos e Valéria Salgado]. --
Rio de Janeiro : Associação Nacional de Fundações
Estatais de Saúde, 2026.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-85-93188-01-5

1. Administração pública 2. Atenção básica
à saúde 3. Direito privado - Brasil
4. Governança corporativa 5. Instituições de
saúde 6. Políticas públicas 7. Saúde pública
8. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Campos,
Thiago Lopes Cardoso. II. Santos, Lenir.
III. Salgado, Valéria.

26-381705.0

CDD-350

Índices para catálogo sistemático:

1. Administração pública 350

Suelen Silva Araújo Oliveira - Bibliotecária - CRB-8/11482

Sumário

- 9 **Prefácio**
- 19 **Apresentação do Organizador**
- 21 **Editorial**
- 23 **Carta ao Leitor**
- 27 **A luta pelo reconhecimento do modelo jurídico institucional das fundações estatais de saúde memória e articulação: A Trajetória da ANFES na consolidação de um modelo público estatal de prestação de serviços no SUS**
Thiago Lopes Cardoso Campos
- 47 **Constitucionalidade do modelo de fundações estatais de saúde: Aspectos Históricos da Implantação da FeSaúde**
Anamaria Carvalho Schneider
Cristiany da Silva Àvila
Francine Ramos de Oliveira Moura Autonomo
Graziela Ernesto de Oliveira da Silva
Pedro Gilberto Alves de Lima
Stefânia Santos Soares
- 79 **Considerações jurídicas sobre o regime de pessoal da fundação estatal de saúde**
Eldo dos Santos Oliveira Júnior
- 109 **Contribuição de uma Fundação Pública de Direito Privado na Gestão do SUS: O Caso da Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba**
Sezifredo Paulo Alves Paz
Tatiane Correa da Silva Filipak/Olavo Gasparin
Isabel de Lima Zanata
Tatiane Caroline Boumer
Pedro Henrique Igino Borges
Juliano Eugenio da Silva/Denilson Blank
Antônio Claude Mesquita de Carvalho
João Carlos Venturelli Sobrinho

- 123 **Das Fundações Públicas de Direito Privado: Criação, Constitucionalidade do Modelo e a Experiência da Fundação do ABC**
Sandro Tavares
- 137 **Desafios e Oportunidades para o Desenvolvimento da Governança Corporativa e do Compliance em Fundações Públicas de Direito Privado: Estudo de caso da Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba**
Lívia Silva Duarte
- 155 **Implantação da Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação numa Fundação Pública de Direito Privado: O Caso da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia – FESF-SUS**
Alisson Santos de Sousa
Karla Maria Martins Brito Gama
- 173 **Os desafios e as transformações da FESF-SUS em seus 14 anos de história**
Leila Fraga Coutinho
- 199 **Primeiro Serviço de Verificação de Óbito da Bahia, sob a Gestão da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS: Relato de Experiência**
Sophia Ferreira Sampaio
Ita de Cácia Aguiar Cunha
- 217 **Projeto das Fundações Estatais: Odisseia e Fundamentalismo**
Valéria Alpino Bigonha Salgado
- 241 **Resgate Teórico das Políticas Públicas de Saúde e as Fundações Estatais de Saúde**
Fabrícia Pavesi Helmer

253 Uma Década de Ensino e Pesquisa na Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba

Isabel de Lima Zanata

Tatiane Caroline Boumer

Ana Lúcia Emerick Rosa

Gabriela Pinheiro Brandt

Selma Cristina de Asevedo Smokovicz

Felipe Yukio Ishikawa Fragoso

Luceli Possamai Valdati

271 Uma Fundação Estatal que se qualificou como Instituição de Ciência e Tecnologia e construiu uma parceria público-privada na área de inovação: a experiência da FESF-SUS

Hêider Aurélio Pinto

José Santana

Thiago Lopes Cardoso Campos

Arthur Chioro

297 Uso de Ferramentas de Qualidade, Monitoramento e Capacitação como Estratégias para a Absorção e Gerenciamento de Novas Unidades frente a Evolução do Número de Unidades sob Gestão da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Anna Carolina Nitzsche Teixeira Fernandes Corrêa

André Lima Germano

Michelle Henrique Araujo

Simone Raimondi de Souza

Camila Cardoso/Jão Henrique Marques

Débora Lúcia Teixeira Medina

321 Fundações públicas de direito privado: o equilíbrio entre controle público e a eficiência gerencial

Edson Claudio Pistori

PREFÁCIO

**NÃO PERDER A MEMÓRIA É CONSTRUIR A HISTÓRIA:
Quem tem os fins a cumprir deve ter os meios.**

Prefaciara presente obra Anfes 10 anos é uma alegria e um passeio pela memória da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu riquíssimo processo de inovação nos mais diversos campos e interações profissionais e sociais.

O SUS exigiu muitas inovações, arranjos institucionais, pesquisas, leituras, conhecimentos para chegar aos dias atuais, trilhando o caminho da criatividade própria de sua grandeza.

Dentre as inovações, a forma jurídica de atuar serviços públicos de saúde surge como um dos pilares da gestão pública. Daí a necessidade de buscar na memória como eram os serviços de saúde, sua necessária evolução para dar conta de um sistema de saúde público e universal. E nesse passeio memorial surge a imagem de um encontro com o superintendente do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em 2003, João Motta, em um hotel em Brasília, em que se discutia a alteração da figura jurídica do GHC.

Quem tem fins a cumprir, necessita de meios, daí a busca por um modelo jurídico público para gerir os hospitais do SUS, lembrando que era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) que geria os hospitais públicos e contratava serviços do setor privado. Foi quando Guido Ivan de Carvalho, na Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, em 1991, desenvolveu o projeto estabelecimentos hospitalares autônomos, com o aval do saudoso Hely Lopes Meirelles, que só não progrediu pelo desinteresse do governo federal. Tratava-se de uma nova figura na administração pública para gerir os seus hospitais e que seria independente do orçamento público, firmando contrato de gestão com o ente federativo gestor do SUS. Como a criação desse modelo de entidade pública necessitava de lei federal, ele não prosperou.

Tal proposta evoluiu para o projeto de autarquias especiais com suas especificidades definidas em lei, como o regime de pessoal. O estudo ganhou o aval da Fiocruz, mas novamente não houve interesse do governo federal em abraçar o projeto.

A conversa iniciada em 2003 foi retomada no final de 2004. Em uma reunião em Porto Alegre, na sede do GHC – Porto Alegre, foi debatida qual seria a melhor figura jurídica para o GHC que se configurava, e se configura, como uma sociedade de economia mista, tendo surgido a hipótese da figura da fundação pública de direito privado, conforme previsto na Constituição, art. 37, XIX (Emenda Constitucional 19/98). A representante da Advocacia Geral da União (AGU), presente na reunião, descartou tal hipótese pelo fato de não haver lei complementar dispondo sobre o campo de atuação das fundações.

Não convencida, busquei aprofundar a questão jurídica, por entender que o Decreto-lei 200/67, art. 5º, IV, havia sido recepcionado com força de lei complementar, existindo, pois, previsão do campo de atuação das fundações públicas. Contudo, esse entendimento, por se contrapor ao da AGU, não prosperou em relação ao GHC naquele momento. Visando lastreá-lo debati o tema com juristas que comungassem da mesma hermenêutica e nesse meio tempo, a crise dos hospitais do Rio de Janeiro se fez presente e fui convidada a apresentar a proposta da fundação.

Com a presença de representantes do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), que se interessaram pela proposta, ela começou a ser desenvolvida, com a colaboração do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) junto àquele Ministério. Valéria Salgado a frente do MPOG e Lenir Santos pelo Idisa passaram a desenvolver o projeto denominado de fundação estatal. Contudo, o Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional da Saúde de 2007, passaram a questioná-lo, tratando-o como privatização dos serviços públicos. Tempo em que a Secretaria da Saúde do Estado de Sergipe e a da Bahia instituíram as primeiras fundações para gerir serviços de saúde no SUS.

O Idisa foi convidado a elaborar esses projetos, tendo sido criadas três fundações hospitalares em Sergipe e duas na Bahia, a BahiaFarma e a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), ao lado de outras, como as fundações municipais de Bauru e de Americana em SP; as fundações do estado do Rio de Janeiro, Volta Redonda e Niterói; as fundações de Sapucaia do Sul, de São Leopoldo, e de Porto Alegre, do Rio Grande do Sul; do estado do Espírito Santo, da cidade Curitiba, dentre muitas outras.

Cabe dizer que a Fundação Estatal da Saúde da Família (FESF), instituída por um conjunto de sessenta e nove municípios, mais o Estado da Bahia, foi uma proposta nossa pelo Idisa, diante de um impasse surgido no Estado. Para solucioná-lo, nasceu a fundação de caráter interfederativo, a FESF. Algumas dessas fundações sofreram questionamentos jurídicos, com ações no STF sustentando a sua inconstitucionalidade, que anos depois foram julgadas improcedentes, pondo fim a insegurança jurídica em relação a figura jurídica.

Essa insegurança jurídica foi nefasta para a fundação, pois fez crescer a presença das organizações sociais na saúde, ante a necessidade dos gestores públicos contarem com maior flexibilidade administrativa para gerir seus serviços hospitalares. Abandona-se modelo jurídico público em favor de modelo privado que fraciona a gestão dos serviços de saúde, transfere poderes estatais intransferíveis, como a regulação, a coordenação da rede de atenção pela APS, dentre outros. Desmerece-se o desenvolvimento de necessárias reformas, do aperfeiçoamento da gestão pública mantida no atraso da velha burocracia, que ainda sobrevive em um mundo altamente tecnológico, hoje conformado pela inovação diária que deveria por si só afugentar formas jurídicas puxadas à carroça.

A fundação estatal, ainda que não seja o mais perfeito modelo de gestão, não deixa de ser uma forma de enfrentar o atraso de uma burocracia que ainda permeia a administração pública e a empurra para modelos privados que podem ter suas facilidades, mas também apresentam entraves não solucionados.

A presente obra Anfes 10 anos é relevante para demonstrar e defender que há figura jurídica no âmbito da gestão pública, a fundação, que pode atuar serviços públicos com a necessária flexibilidade, sem os impasses e as ambiguidades próprias de figuras do setor privado, nem sempre adequadas a operar serviços públicos de relevância pública. Agravos na gestão geram agravos na saúde das pessoas, por isso é incompreensível a rejeição às entidades públicas e a busca pelo seu aperfeiçoamento.

Comemorar 10 anos da Associação Nacional de Fundações Estatais (Anfes) é uma luz nesse caminho de busca de formas públicas que garantam autonomia aos serviços de saúde no SUS. A Anfes é uma entidade que fortalece essa luta que se estende por quase 40 anos e que podemos dividir em três fases: a busca por modelo jurídico

público próprio para operar serviços do SUS, que fez emergir a fundação; a incerteza jurídica que enevoou o modelo em razão das ações judiciais que entretanto não impediram a sua criação, mas atrasaram o caminho da mudança; e recentemente o reconhecimento de sua constitucionalidade que pôs fim à fuga do modelo fundacional, que agora poderá ser fortalecido.

Podemos afirmar que a presente obra é mais um passo à frente, apontando para o sucesso da fundação estatal, para os frutos colhidos, para uma gestão inovada, como a criação da própria Anfes há dez anos. Iniciativa que demonstra o comprometimento daqueles que defendem uma administração pública sólida, uma gestão responsável dos serviços do SUS que tem nesse modelo uma forma de atuação com menor burocracia e maior eficiência, a ser aperfeiçoada dia a dia. Esta obra é o resultado desse trabalho, expresso em artigos, estudos, pesquisas desenvolvidas por uma nova geração que comunga do conceito de que o direito à saúde é parte dos direitos humanos que conferem dignidade à vida humana.

Lenir Santos

PREFÁCIO

TREZE ANOS DE ANFES: Uma trajetória de construção institucional

É quase uma tradição da Administração Pública brasileira que a introdução de novos modelos jurídico-institucionais seja recebida com desconfiança. Ao longo da história administrativa do País, praticamente toda proposta de reorganização do Estado — da criação das autarquias às empresas estatais, das agências reguladoras aos novos instrumentos de parceria — foi acompanhada por intensos debates políticos, controvérsias doutrinárias e questionamentos judiciais. Trata-se, em certa medida, de um fenômeno próprio das democracias: toda inovação institucional desafia paradigmas consolidados e exige tempo para que suas potencialidades sejam plenamente compreendidas.

Poucos modelos, entretanto, experimentaram uma trajetória tão marcada por controvérsias quanto as fundações estatais de direito privado. Desde sua concepção, em meados da década de 2000, o projeto foi cercado por dúvidas, resistências e disputas que extrapolaram o campo jurídico, alcançando o debate político e ideológico acerca do próprio papel do Estado na prestação direta dos serviços públicos sociais. Durante anos, a atenção concentrou-se muito mais na natureza jurídica da entidade do que na resposta concreta que ela buscava oferecer aos desafios da Administração Pública contemporânea.

É importante recordar que o projeto das fundações estatais não surgiu para criar uma categoria jurídica inédita. Seu propósito foi resgatar e remodelar um instituto já integrante da Administração Pública brasileira desde o Decreto-Lei nº 200, de 1967: a fundação pública de direito privado. O desafio consistia em reinterpretar esse instituto à luz da Constituição de 1988 e da Emenda Constitucional nº 19, de 1998, conferindo-lhe uma arquitetura institucional compatível com os princípios do Estado Democrático de Direito, com a centralidade dos direitos fundamentais e com uma administração pública orientada por resultados, transparência, participação social e efetividade.

Essa remodelação respondia a um problema concreto. Na área da saúde, especialmente, o Poder Público enfrentava crescentes dificuldades para assegurar a prestação direta de serviços assistenciais de alta complexidade, em razão das limitações estruturais impostas aos órgãos da administração direta. Ao mesmo tempo, consolidava-se um movimento de ampliação da gestão de serviços públicos por entidades privadas qualificadas como organizações sociais, solução que passou a ocupar espaço relevante na organização do Sistema Único de Saúde, suscitando importantes debates acerca dos limites da atuação indireta do Estado e da preservação da capacidade pública de prestação direta dos serviços de saúde.

O projeto das fundações estatais propôs uma alternativa distinta e complementar nesse cenário. Em vez de substituir a atuação estatal direta, buscava fortalecê-la, oferecendo ao Estado um instrumento jurídico-institucional capaz de preservar a titularidade pública da prestação dos serviços, ampliar sua capacidade executiva e assegurar maior flexibilidade administrativa, sem afastar os controles públicos nem os princípios constitucionais que regem a Administração Pública.

Tratava-se, portanto, de reafirmar o modelo constitucional de um Sistema Único de Saúde eminentemente público, no qual a participação da iniciativa privada permanece admitida em caráter complementar, conforme dispõe o § 1º do art. 199 da Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde.

O projeto das fundações estatais nunca pretendeu reduzir o Estado. Ao contrário, seu propósito sempre foi fortalecê-lo. A inspiração que orientou sua construção foi simples e, ao mesmo tempo, profundamente transformadora: oferecer ao Poder Público um instrumento capaz de conciliar a natureza pública da prestação dos serviços sociais com modelos de gestão mais adequados à complexidade contemporânea, especialmente na saúde, onde eficiência, continuidade, inovação e capacidade de resposta constituem requisitos inseparáveis da própria garantia do direito à saúde.

Nascia, assim, uma proposta destinada a enfrentar problemas históricos da Administração Pública sem recorrer à privatização da prestação dos serviços públicos nem à substituição da atuação estatal direta como solução predominante. O objetivo era preservar a execução pública das políticas sociais, fortalecendo a

capacidade institucional do Estado para cumprir diretamente sua missão constitucional e reservando às entidades privadas o espaço de colaboração previsto pela própria Constituição.

A trajetória das fundações estatais é, sobretudo, a história da persistência de uma ideia. A ideia de que o Estado brasileiro pode e deve dispor de instrumentos institucionais capazes de conciliar eficiência administrativa, responsabilidade pública, controle democrático e compromisso com a efetivação dos direitos fundamentais.

Essa trajetória foi construída pela convicção de gestores que não se resignaram às limitações impostas pelos modelos tradicionais de organização administrativa; pela dedicação de equipes técnicas que transformaram um projeto em arquitetura institucional consistente; pela experiência das fundações que, no exercício cotidiano de suas atribuições, conferiram concretude aos princípios que inspiraram sua criação; e pela atuação da ANFES, que soube reunir essas diferentes experiências em um movimento nacional de articulação, reflexão e defesa institucional, contribuindo decisivamente para o reconhecimento e o amadurecimento do modelo fundacional no Brasil.

A consolidação da ANFES representa muito mais que a criação de uma entidade representativa. Ela simboliza o amadurecimento de um modelo que resistiu às adversidades e conquistou, paulatinamente, reconhecimento institucional.

Nesse percurso, merece especial destaque a afirmação, pelo Supremo Tribunal Federal, da constitucionalidade do modelo fundacional, afastando uma das maiores fontes de insegurança que durante anos acompanharam sua implementação. Essa conquista, contudo, não encerra a trajetória das fundações estatais; apenas inaugura uma nova etapa.

Superada a discussão sobre a possibilidade jurídica do modelo, impõe-se agora um desafio ainda maior: demonstrar, permanentemente, sua superior capacidade de produzir valor público.

É tempo de aprofundar tecnologias de gestão por resultados; de aperfeiçoar sistemas de custos capazes de orientar decisões baseadas em evidências; de fortalecer mecanismos de planejamento estratégico, avaliação de desempenho e monitoramento institucional; de consolidar práticas efetivas de governança corporativa compatíveis com a natureza pública dessas entidades; e de

qualificar os instrumentos de supervisão exercidos pelos órgãos da Administração Direta, reafirmando que autonomia administrativa jamais significa ausência de direção estatal.

É igualmente indispensável resgatar uma dimensão que esteve presente desde a concepção original do projeto: a participação social. As fundações estatais não foram pensadas apenas para serem mais eficientes. Foram concebidas para ampliar a capacidade democrática do Estado, aproximando cidadãos, trabalhadores, usuários e gestores da construção das políticas públicas. Fortalecer conselhos, ampliar transparência, desenvolver mecanismos permanentes de diálogo e accountability são tarefas tão relevantes quanto aperfeiçoar indicadores financeiros ou assistenciais.

O futuro das fundações estatais dependerá menos das disputas jurídicas que marcaram seu nascimento e muito mais da capacidade de produzir inovação institucional. A boa governança será, cada vez mais, sua principal fonte de legitimidade.

É nesse contexto que esta obra adquire especial significado. Celebrando os treze anos da ANFES, o presente livro reúne pesquisadores, gestores, juristas e especialistas que compartilham um compromisso comum: refletir criticamente sobre o passado, compreender os desafios do presente e contribuir para o aperfeiçoamento das fundações estatais como instrumento de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Os artigos aqui reunidos não pretendem apresentar verdades acabadas. Ao contrário, convidam ao diálogo, à reflexão e ao permanente aperfeiçoamento das instituições públicas brasileiras. Porque as fundações estatais nunca foram um ponto de chegada. Sempre foram um projeto em construção.

Um projeto que continua desafiando juristas, administradores, gestores e formuladores de políticas públicas a pensar novas formas de organização do Estado, capazes de combinar legalidade, eficiência, participação democrática, inovação e responsabilidade pública.

Que este livro contribua para esse caminho. Que inspire novas pesquisas, novos debates e novas experiências. E que a história aqui registrada sirva de lembrança permanente de que as maiores transformações institucionais raramente nascem do consenso. Nascem da convicção de que é possível construir um Estado mais capaz, mais

democrático e mais comprometido com a efetivação dos direitos fundamentais.

Ao celebrar os treze anos da ANFES, celebramos também a persistência daqueles que recusaram soluções fáceis, enfrentaram resistências e acreditaram que fortalecer a capacidade estatal é, em última análise, fortalecer o próprio SUS e o direito constitucional à saúde. Essa história ainda está sendo escrita. E os próximos capítulos dependem de todos nós.

Valéria Alpino Bigonha Salgado

Apresentação

Alguns livros são organizados a partir de um tema. Outros, a partir de uma ideia. Este nasceu de uma história.

A história da ANFES se confunde com a história de um projeto institucional que, desde sua origem, ousou afirmar que o Estado brasileiro poderia construir novos caminhos para fortalecer a prestação pública dos serviços de saúde, preservando sua natureza estatal e os princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde.

Minha relação com essa trajetória antecede a própria constituição da Associação. Ainda na Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS), tive o privilégio de participar das discussões que aproximaram dirigentes de fundações de diferentes estados brasileiros em torno de uma agenda comum. Organizei a reunião preparatória que resultou na Carta de Brasília, secretariei a Assembleia de Constituição da ANFES e acompanhei, desde então, praticamente todas as etapas de sua consolidação institucional.

Ao longo de mais de quinze anos, participei ativamente da defesa do modelo fundacional nos espaços acadêmicos, administrativos, legislativos e judiciais. Vi nascer fundações, acompanhei seus desafios cotidianos, participei da construção de estratégias de articulação nacional e tive a honra de representar a ANFES perante o Supremo Tribunal Federal em ações que marcaram a história jurídica do modelo.

Essa trajetória jamais foi apenas profissional.

Foi na Fundação Estatal Saúde da Família que comecei a compreender, em profundidade, a potência transformadora do SUS. Foi ali que encontrei um ambiente fértil para aprender que inovação institucional não é um exercício abstrato de desenho organizacional, mas um instrumento concreto para ampliar o acesso das pessoas ao cuidado. Tenho orgulho de afirmar que minha caminhada no Sistema Único de Saúde começou na FESF-SUS. Grande parte da minha compreensão sobre gestão pública, Direito Sanitário e compromisso com o interesse público foi construída naquele espaço.

Organizar esta obra possui, portanto, um significado que ultrapassa a dimensão editorial. Representa um reencontro com uma história da qual também faço parte. Uma oportunidade de registrar experiências que não podem ser esquecidas, homenagear as pessoas

que construíram essa trajetória e oferecer às novas gerações um testemunho de que as instituições públicas também são fruto da capacidade de sonhar, de resistir e de construir coletivamente.

A memória, contudo, só possui sentido quando ilumina o futuro.

Este livro não foi concebido para encerrar um ciclo, mas para inaugurar outro. A constitucionalidade do modelo fundacional foi reconhecida. A experiência acumulada pelas fundações demonstra sua capacidade de produzir valor público. Os desafios, agora, são outros: aperfeiçoar a governança, fortalecer a participação social, consolidar um ambiente regulatório estável e reafirmar o papel das fundações estatais como instrumentos estratégicos para a prestação pública de serviços no SUS.

Espero que as páginas seguintes contribuam para esse debate.

Que sirvam como registro de uma construção coletiva, mas também como convite para que novas pessoas assumam a tarefa de escrever os próximos capítulos dessa história.

Thiago Lopes Cardoso Campos
Organizador

Editorial

Este livro foi concebido para marcar os dez anos da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES), completados em 2023. Chega às mãos do leitor quando a Associação já tem treze. A explicação é prosaica e, à sua maneira, diz algo sobre o objeto da obra: quem deveria escrevê-la estava ocupado administrando hospitais, unidades de atenção primária e serviços de urgência. Optou-se por preservar o recorte original em vez de retitular a coletânea. A década é o objeto; o atraso é apenas a data de chegada.

A ANFES foi constituída em 2013, quando o modelo que lhe dá nome ainda era juridicamente contestado. A fundação pública de direito privado não era, então, uma criação recente: está prevista no Decreto-Lei nº 200, de 1967, e foi reafirmada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998. O que se fez a partir de 2007 foi reinterpretá-la como instrumento de prestação direta de serviços de saúde pelo próprio Estado, alternativa tanto à rigidez da administração direta quanto à transferência da gestão a entidades privadas. A proposta foi recebida com desconfiança e rapidamente judicializada. Por mais de uma década, parte expressiva da energia institucional das fundações e da própria Associação foi consumida na defesa da constitucionalidade do modelo, notadamente nas Ações Diretas de Inconstitucionalidade nº 4.247 e nº 4.197, nas quais a ANFES atuou como *amicus curiae*.

O intervalo entre a redação e a publicação não é, portanto, apenas um contratempo editorial. Vários capítulos foram escritos no momento imediatamente seguinte ao encerramento dessa disputa, quando ainda não se sabia que consequências práticas o reconhecimento da constitucionalidade produziria. O leitor os recebe sabendo o que os autores não sabiam. Preferiu-se não reescrevê-los à luz do que veio depois: são documentos datados, e é assim que devem ser lidos.

Os capítulos estão reunidos em torno de quatro eixos. O primeiro é o da memória institucional: como o projeto das fundações estatais foi formulado, disputado e organizado associativamente. O segundo é o do regime jurídico: criação de empregos públicos, concurso, acumulação de cargos, teto remuneratório, contratação e responsabilização. O terceiro reúne experiências concretas de gestão:

Niterói, Curitiba, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro e o ABC paulista, abrangendo atenção primária, atenção psicossocial, gestão hospitalar, serviço de verificação de óbito, ensino, pesquisa, inovação e qualidade. O quarto discute o equilíbrio entre controle público e eficiência gerencial, tema que atravessa todos os demais.

Os textos não convergem em tudo, e isso é deliberado. Convivem aqui análises jurídicas, estudos de caso e relatos de experiência, com métodos e graus de distanciamento crítico distintos. As opiniões expressas são de responsabilidade de seus autores e não traduzem, necessariamente, posição institucional da ANFES ou das entidades a que estão vinculados.

Tampouco se pretendeu um balanço celebratório. A leitura conjunta dos capítulos revela uma agenda inacabada: a ausência da lei complementar a que se refere o art. 37, XIX, da Constituição; a indefinição quanto ao regime de contratação aplicável; a dependência de contratos de gestão cuja previsibilidade orçamentária nem sempre se confirma; a dificuldade de estruturar carreiras estáveis sem reproduzir a rigidez que se pretendeu evitar; e a exigência de que maior autonomia administrativa venha acompanhada de transparência e controle proporcionais. Nenhum desses pontos se resolve pela simples adesão a um modelo jurídico. Resolvem-se por regulamentação adequada, prática administrativa consistente e avaliação sistemática de resultados. Três anos depois do fecho desta coletânea, essa agenda segue aberta, o que confere aos capítulos uma atualidade que não se desejava.

A ANFES agradece aos autores, que produziram seus textos no intervalo de atribuições cotidianas exigentes e aguardaram com paciência a publicação, e às fundações associadas, que abriram seus dados, seus indicadores e também suas dificuldades. Agradece, de modo particular, às autoras dos prefácios, cuja participação na formulação original do projeto empresta a esta obra uma dimensão que nenhum registro posterior alcançaria.

Que este livro sirva menos como comemoração e mais como material de trabalho para gestores, juristas, órgãos de controle, pesquisadores e para as próprias fundações, que seguem sendo, a um só tempo, o objeto e os autores desta história.

João Henrique Marques da Silva
Presidente da ANFES

Carta ao Leitor

"Há momentos em que a história acontece sem que seus protagonistas percebam sua dimensão. Somente o tempo revela que determinados encontros, determinadas decisões e determinadas pessoas mudaram, silenciosamente, o rumo das instituições."

No dia 31 de janeiro de 2013, reunimo-nos na Assembleia Legislativa da Bahia para fundar a Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde – ANFES.

Naquela manhã, nenhum de nós tinha a exata dimensão do que estávamos iniciando.

Sabíamos das dificuldades que enfrentávamos. As fundações estatais de saúde ainda buscavam afirmar sua identidade jurídica e institucional. Em vários estados brasileiros convivíamos com insegurança normativa, ações judiciais, incompreensões políticas e, muitas vezes, com a necessidade permanente de explicar que defender um modelo estatal moderno jamais significou defender a privatização da saúde pública.

Mas havia algo que nos unia.

Havia a convicção de que o Sistema Único de Saúde precisava de instrumentos capazes de combinar compromisso público, responsabilidade institucional e capacidade de inovação. Acreditávamos que era possível construir uma gestão pública mais eficiente sem renunciar aos princípios constitucionais que fizeram do SUS uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro.

Foi essa convicção que deu origem à ANFES.

Ela não nasceu para representar apenas fundações.

Nasceu para representar uma ideia.

A ideia de que o Estado brasileiro pode evoluir sem perder sua essência pública.

Ao longo desses treze anos, acompanhei essa trajetória muito de perto. Tive o privilégio de participar da fundação da Associação, exercer as funções de Assessor de Relações Institucionais, Secretário-Executivo, posteriormente de Presidente e, atualmente, de Diretor Financeiro.

Vi nascer amizades que atravessaram fronteiras estaduais.

Vi gestores compartilharem soluções sem qualquer preocupação com protagonismos individuais.

Vi profissionais defenderem esse modelo diante dos tribunais, dos órgãos de controle, das universidades, dos parlamentos e dos espaços de formulação das políticas públicas.

Vi pessoas dedicarem parte de suas vidas a uma causa que jamais lhes trouxe notoriedade, mas que trouxe benefícios concretos para milhares de trabalhadores e milhões de brasileiros atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Também vi momentos difíceis.

Houve decisões judiciais que pareciam intransponíveis.

Mudanças de governos alteraram prioridades.

Projetos foram interrompidos.

Fundações deixaram de existir.

Muitas vezes parecia que todo o esforço realizado durante anos poderia desaparecer.

Mas aprendemos uma lição importante.

As instituições verdadeiramente necessárias resistem porque são sustentadas por pessoas, e não apenas por leis.

Cada reunião realizada.

Cada congresso organizado.

Cada parecer elaborado.

Cada memorial entregue aos tribunais.

Cada audiência em Brasília.

Cada artigo publicado.

Cada fundação instituída.

Cada trabalhador aprovado em concurso público.

Cada gestor que acreditou no modelo ajudou a construir a história que hoje chega às mãos do leitor.

Este livro é parte dessa história.

Ele reúne pesquisadores, juristas, gestores e profissionais que ajudaram a pensar, construir, defender e aperfeiçoar as fundações estatais de saúde no Brasil.

Mais do que uma coletânea de artigos, esta obra constitui um patrimônio da memória institucional brasileira.

Os capítulos aqui reunidos demonstram que as fundações estatais não são apenas um modelo jurídico-administrativo. Elas representam uma forma contemporânea de fortalecer a presença do Estado na execução direta das políticas públicas, conciliando eficiência administrativa, controle público, transparência e compromisso social.

Essa talvez seja a maior mensagem deste livro.
As instituições públicas precisam inovar.
Precisam evoluir.
Precisam responder às transformações da sociedade.
Mas jamais podem perder de vista sua finalidade maior:
servir às pessoas.

Tenho profunda gratidão por todos aqueles que
caminharam conosco desde o início.

Recordo com carinho os dirigentes das primeiras
fundações, os juristas que sustentaram nossa defesa nos tribunais, os
professores que contribuíram para o amadurecimento do debate, os
trabalhadores que acreditaram no projeto, os parceiros institucionais e
todos aqueles que, muitas vezes longe dos holofotes, fizeram a
ANFES existir.

Nenhuma conquista foi individual.
Todas foram coletivas.
Talvez seja exatamente isso que torna esta história tão
bonita.

Ao concluir esta carta, volto o pensamento para aquela
manhã de janeiro de 2013.

Se alguém nos dissesse que, treze anos depois, estaríamos
lançando um livro reunindo alguns dos maiores especialistas e
protagonistas da história das fundações estatais de saúde no Brasil,
talvez respondêssemos com entusiasmo, mas também com certa
incredulidade.

Hoje compreendo que aquele encontro não marcou apenas
a criação de uma associação.

Marcou o nascimento de uma comunidade.

Uma comunidade formada por pessoas que nunca deixaram
de acreditar que fortalecer a gestão pública significa fortalecer o
próprio direito à saúde.

Espero que as próximas gerações encontrem nestas páginas
não apenas informações ou conhecimento técnico.

Espero que encontrem inspiração.

Porque os modelos administrativos evoluem.

As leis são aperfeiçoadas.

As organizações se transformam.

Mas o compromisso com o interesse público, com a democracia e com o Sistema Único de Saúde deve permanecer como o verdadeiro legado daqueles que ajudaram a construir esta história.

Se, ao final desta leitura, o leitor compreender que vale a pena acreditar nas instituições públicas e nas pessoas que dedicam suas vidas a aperfeiçoá-las, então este livro terá cumprido sua missão.

Boa leitura.

Alisson Santos de Sousa

**A LUTA PELO RECONHECIMENTO DO MODELO
JURÍDICO-INSTITUCIONAL DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS
DE SAÚDE MEMÓRIA E ARTICULAÇÃO: A TRAJETÓRIA
DA ANFES NA CONSOLIDAÇÃO DE UM MODELO
PÚBLICO-ESTATAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO
SUS**

**THE STRUGGLE FOR THE RECOGNITION OF THE
LEGAL AND INSTITUTIONAL MODEL OF STATE
HEALTH FOUNDATIONS MEMORY AND
ARTICULATION: ANFES'S TRAJECTORY IN THE
CONSOLIDATION OF A PUBLIC STATE MODEL FOR
SERVICE PROVISION IN THE BRAZILIAN UNIFIED
HEALTH SYSTEM (SUS)**

*"A história não é o que aconteceu,
mas o que restou do que foi contado."*

— Michel Foucault

Thiago Lopes Cardoso Campos

Advogado sanitarista, especialista em direito sanitário pelo IDISA-Sírio Libanês, especialista em Gestão de Políticas de Saúde Baseadas em Evidências pelo Iep - Sírio Libanês e especialista (MBA) em Gestão de Negócios pela FGV. Vice-Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. Diretor da Quinta Diretoria da Anvisa. E-mail: tlccampos2@gmail.com

Resumo

Este artigo resgata a memória do processo de constituição da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES), refletindo criticamente sobre as estratégias de articulação e mobilização nacional em torno do modelo jurídico-administrativo das fundações estatais de saúde. A análise combina um levantamento empírico do percurso de criação e consolidação da ANFES com aportes teóricos de Pierre Bourdieu, particularmente suas noções de campo, capital simbólico e estratégias de legitimação, permitindo compreender a ANFES como um ator coletivo que disputa reconhecimento e espaço no campo da gestão pública em saúde.

Palavras-chave: Fundações Estatais, Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde, Política de Saúde, Direito à Saúde, Reforma Sanitaria, Participação Social.

Abstract: This article retrieves the memory of the constitution process of the National Association of State Health Foundations (ANFES), offering a critical reflection on the strategies of national articulation and mobilization in defense of the legal-administrative model of state health foundations. The analysis combines an empirical overview of the creation and consolidation of ANFES with theoretical contributions from Pierre Bourdieu, particularly his concepts of field, symbolic capital, and strategies of legitimation. This approach allows for an understanding of ANFES as a collective actor engaged in a struggle for recognition and position within the field of public health management.

Keywords: State Foundations, Unified Health System, Health Management, Health Policy, Right to Health, Health Reform, Social Participation.

1 INTRODUÇÃO

A constituição da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES), em 2013, representou um marco no processo de articulação institucional e política de entidades públicas que adotaram o modelo jurídico-administrativo das fundações estatais para a gestão da saúde. Criada em um contexto de disputas intensas em torno da legitimidade e da constitucionalidade desse modelo — marcado pelas ações judiciais propostas contra o modelo, inclusive perante o Supremo Tribunal Federal —, a ANFES emergiu como um ator coletivo com capacidade de mobilização técnica e política em defesa de uma alternativa pública à terceirização da gestão dos serviços de saúde.

A ANFES emergiu ancorada em um movimento prévio de formulação e experimentação institucional, protagonizado por estados e municípios que, entre 2007 e 2012, buscaram implementar fundações estatais como forma de reconfigurar a gestão pública da saúde. Propostas como alternativa à administração direta e aos modelos de terceirização via entidades privadas, essas fundações públicas de direito privado respondiam a um duplo desafio: garantir maior agilidade e eficiência na prestação de serviços, especialmente hospitalares, sem abrir mão da natureza estatal e do controle público. Essas experiências, no entanto, encontraram resistências jurídicas, políticas e simbólicas, criando um ambiente de fragmentação e

incerteza institucional que catalisou a criação de uma articulação nacional estruturada.

Este artigo propõe uma reconstrução crítica do processo de criação da ANFES, examinando seus fundamentos, articulações, estratégias de institucionalização e disputas jurídicas. A partir de levantamento documental (atas, pareceres, memoriais jurídicos, decisões judiciais) e da análise de eventos organizativos entre 2010 e 2013, buscamos compreender como a ANFES emergiu como resposta coordenada à fragmentação institucional das fundações e à crescente judicialização do modelo.

O percurso empírico será interpretado à luz de referências teóricas que ajudam a compreender as disputas por reconhecimento institucional em campos marcados por assimetrias de poder. As noções de campo e capital simbólico, de Pierre Bourdieu, oferecem ferramentas para pensar a ANFES como ator coletivo que busca legitimar sua existência frente a outros agentes dominantes no campo jurídico e político-administrativo. As contribuições de Jairnilson Paim sobre os "sujeitos da antítese" e os dilemas da institucionalização da Reforma Sanitária ajudam a situar a experiência das fundações estatais como parte da práxis crítica do SUS. E a perspectiva de Michel Foucault sobre governamentalidade permite refletir sobre o modelo fundacional como um dispositivo híbrido, que tensiona as fronteiras entre público e privado no exercício do poder estatal sobre a saúde.

A pergunta que orienta esta análise é: *em que medida a criação da ANFES pode ser compreendida como uma estratégia de afirmação institucional do modelo das fundações estatais de saúde no campo jurídico-político brasileiro?* Com isso, espera-se contribuir para o debate contemporâneo sobre alternativas públicas de gestão no SUS e sobre os limites e possibilidades de inovação institucional no Estado brasileiro.

2 A ANFES E O CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE

A criação da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES), em 2013, deve ser compreendida como desdobramento direto de um processo ainda inconcluso de reforma do aparato estatal brasileiro. Trata-se de uma trajetória que remonta aos limites históricos da organização administrativa baseada no Decreto-

Lei nº 200, de 1967 — marco estruturante da administração pública ainda vigente, promulgado no contexto autoritário da ditadura civil-militar, e que institucionalizou uma concepção centralizadora, rígida e compartimentalizada do Estado.

Desde então, diferentes tentativas de modernização administrativa foram empreendidas. Na década de 1990, sob a liderança de Luiz Carlos Bresser-Pereira no Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), o governo Fernando Henrique Cardoso propôs uma profunda reestruturação do Estado brasileiro por meio do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. O modelo defendido, amplamente influenciado por princípios da Nova Gestão Pública (New Public Management), apostava na separação entre o núcleo estratégico do Estado e a execução de políticas públicas, a ser delegada a entes privados “não estatais”, como as organizações sociais (OSs). Essa proposta, com nítida inspiração neoliberal, visava reduzir o papel executor do Estado e ampliava a transferência da prestação de serviços públicos para organizações do terceiro setor.

Com a mudança de orientação política a partir de 2003, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), por meio da Secretaria de Gestão (SEGES), optou por revisar criticamente o legado da reforma gerencialista e construir um novo modelo organizacional, capaz de responder aos desafios da prestação de serviços públicos em áreas sensíveis como saúde, educação e assistência social. O Projeto Fundação Estatal foi, nesse sentido, fruto de um esforço deliberado de resgatar o papel do Estado como executor direto de políticas públicas, sem renunciar à eficiência e da flexibilidade operativa. Diferentemente da reforma anterior, esse processo foi conduzido com forte ênfase no diálogo social: foram realizados encontros, oficinas e seminários com participação de gestores públicos, trabalhadores, movimentos sindicais, instituições acadêmicas e juristas, buscando legitimar social e tecnicamente a nova proposta.

O modelo da fundação estatal — pessoa jurídica de direito privado instituída pelo poder público e voltada à execução de políticas públicas sob regime não lucrativo — foi concebido como resposta concreta à crise da administração direta, à fragilização das estruturas hospitalares e à judicialização crescente da saúde. Simultaneamente, visava oferecer uma alternativa pública ao modelo privatizante das

OSs, preservando a titularidade estatal, os mecanismos de controle público e o alinhamento aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar disso, o avanço do modelo encontrou forte resistência política e jurídica. A ausência de regulamentação por lei complementar federal e a disseminação de ações judiciais questionando a legalidade e constitucionalidade das fundações — notadamente a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4247 — geraram um ambiente de incerteza normativa. Paralelamente, o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que visava regulamentar as fundações estatais no âmbito federal, sofreu sucessivos entraves legislativos, sem jamais ser apreciado em plenário. A combinação desses fatores paralisou o avanço da política nacional e transferiu a disputa para os estados e municípios.

Nesse vácuo institucional, diversos entes subnacionais — valendo-se da competência legislativa concorrente — passaram a criar suas próprias fundações estatais para execução de serviços de saúde. Estados como Sergipe, Bahia, Rio Grande do Sul, Paraná, Rio de Janeiro e municípios como Porto Alegre, Novo Hamburgo, Curitiba, Coxim e Uberlândia protagonizaram experiências locais com formatos diversos, mas todos ancorados na proposta de descentralização administrativa com gestão pública qualificada. Até 2013, ao menos 29 fundações estatais estavam em operação no Brasil.

É nesse contexto que nasce a ANFES: como resposta estratégica à fragmentação do modelo, à instabilidade jurídica e à ausência de coordenação política nacional. Sua criação, formalizada em janeiro de 2013, a partir dos compromissos pactuados na Carta de Brasília (dezembro de 2012), consolidou uma articulação institucional entre fundações estaduais, municipais e interfederativas que, apesar da diversidade, compartilhavam os mesmos desafios estruturais e políticos. A ANFES foi criada para garantir representação nacional, defender o modelo jurídico-administrativo das fundações estatais e construir um espaço de troca, qualificação e ação conjunta.

Mais do que uma entidade representativa, a ANFES surgiu como instrumento político de resistência e afirmação institucional. Seu objetivo era enfrentar os embates nos três Poderes: articular junto ao Legislativo pela aprovação de marcos legais adequados; defender, no Executivo, a continuidade e o apoio técnico à política de fundações; e reagir, no Judiciário, às tentativas de deslegitimação do modelo por

meio de ações diretas e decisões desfavoráveis. Como tal, a ANFES representa não apenas a organização das fundações, mas a sobrevivência coletiva de uma proposta de Estado que afirma a possibilidade de uma gestão pública democrática, eficiente e comprometida com os princípios do SUS.

A pluralidade de experiências que convergiram para a criação da ANFES revela a capilaridade institucional do modelo fundacional. Municípios, estados e consórcios interfederativos apostaram nessa alternativa como forma de requalificar a gestão pública da saúde e afirmar uma via estatal de execução direta no SUS.

3 AS FUNDAÇÕES ESTATAIS COMO ALTERNATIVA PÚBLICA NO SUS: ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA

As fundações estatais de saúde foram concebidas como uma alternativa pública e estatal para a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), em resposta à crise da administração direta e à expansão de modelos de gestão privatizantes. Criadas por entes federativos e vinculadas à administração indireta, operam com personalidade jurídica de direito privado, mas com controle público, ausência de fins lucrativos, contratos de ação pública e inserção plena nos princípios constitucionais do SUS. Ao mesmo tempo em que incorporam elementos de flexibilidade administrativa, como gestão celetista e autonomia orçamentária, permanecem sob exigências públicas como concurso, licitação, controle externo e regulação por metas.

O modelo se propôs a enfrentar dois problemas estruturais: de um lado, a rigidez do aparato estatal tradicional, que dificulta a efetividade na execução direta de políticas complexas como a saúde; de outro, a captura do SUS por entidades privadas contratadas, especialmente organizações sociais (OSs), cuja presença tem crescido de forma exponencial nas últimas décadas. As fundações se apresentaram, portanto, como tentativa de requalificação da ação estatal, sem ruptura com os valores do serviço público. Visavam afirmar um caminho de modernização sem privatização — um modelo de Estado que fosse mais eficiente, mas que permanecesse público.

Esse projeto, no entanto, encontrou forte resistência política, jurídica e simbólica. No plano jurídico, o principal argumento mobilizado contra as fundações estatais foi a ausência de uma lei

complementar federal que regulamentasse sua atuação, como exigido pelo artigo 37, inciso XIX, da Constituição Federal. Embora estados e municípios tenham legislado com base na competência concorrente para suprir essa omissão, a lacuna normativa abriu espaço para contestações judiciais. A judicialização do modelo tornou-se um fenômeno recorrente em diversas regiões do país, com ações propostas por Ministérios Públicos, entidades sindicais e, em alguns casos, pela própria Ordem dos Advogados do Brasil. Em diferentes estados — como Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná — as fundações foram alvo de ações civis públicas, arguições de inconstitucionalidade e decisões liminares que interromperam processos de implementação ou declararam a invalidade de leis estaduais e municipais.

Essas ações não se limitaram à análise formal da legalidade. Em muitos casos, reproduziam uma crítica política mais ampla, frequentemente vocalizada por setores do movimento sindical, que passaram a identificar o modelo fundacional como forma de “terceirização”, “precarização” e “privatização disfarçada”. A adoção do regime celetista e a gestão contratualizada foram interpretadas como ataques ao funcionalismo público e ao regime jurídico estatutário, ainda que as fundações observassem procedimentos públicos como concurso e licitação. Esse enquadramento teve forte impacto simbólico: deslegitimou as fundações entre parte das bases sindicais e contribuiu para isolar politicamente o modelo, mesmo entre atores historicamente comprometidos com o SUS.

A ausência de um marco legal nacional, somada à falta de consenso político em torno da legitimidade do modelo, enfraqueceu sua institucionalização e favoreceu a fragmentação. O Projeto de Lei Complementar nº 92/2007, que buscava estabelecer uma base normativa federal para as fundações estatais, permaneceu paralisado no Congresso Nacional. Sem apoio legislativo e sob constante ataque judicial, muitas experiências locais foram descontinuadas, judicializadas ou impossibilitadas de se expandir. A instabilidade normativa transformou a exceção em regra: cada nova fundação criada passou a operar sob risco jurídico permanente.

Apesar desse cerco, as fundações estatais demonstraram potencial institucional e capacidade de inovação na gestão pública. Contratos de ação pública permitiram planejamento, metas pactuadas, indicadores de desempenho e controle social. A autonomia

administrativa possibilitou a contratação célere de equipes, a implementação de políticas de formação e a melhoria da gestão de recursos. Muitos desses resultados superaram, em qualidade e transparência, os obtidos por organizações sociais, ainda que enfrentassem maiores restrições jurídicas e políticas.

Nesse contexto, o modelo fundacional precisa ser compreendido como campo de disputa entre diferentes projetos de Estado. Para alguns, representa uma tentativa legítima de superar os limites da administração direta sem recorrer à privatização. Para outros, expressa uma inflexão gerencialista que rompe com os valores do serviço público tradicional. A crítica que nega o caráter público das fundações frequentemente ignora sua origem estatal, sua regulação específica, seu intenso controle público e sua vinculação constitucional. A defesa acrítica, por sua vez, tende a minimizar os riscos de fragmentação institucional e de perda de controle público se não houver marcos normativos claros.

Sob a lente de Foucault, as fundações estatais podem ser lidas como dispositivos de governamentalidade: reorganizam o poder estatal, reconfiguram as relações entre governo e execução, deslocam o centro da decisão pública. Elas são formas contemporâneas de ação estatal que operam por racionalidades específicas — contratos, metas, auditoria, pactuação — mas ainda sob o horizonte da legalidade pública. Em Bourdieu, encontram-se em disputa no campo jurídico-administrativo por reconhecimento e legitimidade: são atores que enfrentam tanto os defensores da ortodoxia burocrática quanto os promotores do privatismo neoliberal. A compreensão crítica de Jairnilson Paim contribui para situar essas experiências como parte da práxis da Reforma Sanitária: não como concessão ao mercado, mas como tentativa de afirmação de uma gestão estatal democrática e eficaz.

A judicialização do modelo, longe de ser um problema técnico, revela a profundidade da disputa em curso. O conflito não é apenas sobre a forma jurídica das fundações, mas sobre a forma do Estado brasileiro no campo da saúde. E, nesse conflito, o modelo fundacional segue desafiando as fronteiras do possível: enfrentando resistências, exigindo marcos regulatórios e propondo um caminho de radicalização do público no SUS.

4 O PROCESSO DE ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO NACIONAL DAS FUNDAÇÕES

A criação da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES), em janeiro de 2013, consolidou um processo articulado de mobilização institucional gestado por dirigentes e representantes de fundações públicas estaduais e municipais desde o final da década de 2000. Em um cenário marcado pela fragmentação, insegurança jurídica e pressões políticas, a ANFES foi criada como um instrumento de coesão, defesa institucional e construção de legitimidade pública no campo da gestão do SUS.

Esse processo não foi espontâneo nem circunstancial. Desde 2010, gestores, dirigentes jurídicos e lideranças institucionais partilhavam diagnósticos sobre os limites do modelo da administração direta, os riscos do avanço de modelos privatizantes e os entraves jurídicos enfrentados pelo modelo fundacional. Fundações de diferentes regiões vinham se aproximando por meio de reuniões técnicas, eventos nacionais, articulações informais e intercâmbios políticos, sinalizando a necessidade de uma instância nacional de representação e coordenação.

Nesse contexto, destacaram-se como protagonistas da mobilização o médico Juarez Verba e os advogados Lúcio Costa e Jorge Garcia, da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas (FHGV), de Sapucaia do Sul; o jurista Sebastião Miranda, da Fundação Estadual de Saúde do Pantanal (FESP-MS); e o então Diretor-Geral, Carlos Alberto Trindade, o assessor de Relações Institucionais, Alisson Sousa, e o advogado-chefe, Thiago Campos, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), na Bahia. Esses sujeitos articularam pontes institucionais e impulsionaram a construção de uma rede política que permitiu a convergência de experiências locais em torno de uma agenda comum, sempre com apoio de outros gestores, técnicos e instituições.

Um marco importante nesse processo foi o encontro realizado em 11 de setembro de 2012 na sede da OPAS/OMS, em Brasília, com participação de representantes das fundações, do CONASS, do CONASEMS, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, o IDISA, e do Ministério da Saúde. Deste encontro resultou a chamada Carta de Brasília, que sintetizou o acúmulo político-institucional das experiências fundacionais e expressou a urgência de

estruturar nacionalmente a defesa do modelo. O documento reafirmava os princípios do SUS, a natureza pública e estatal das fundações e a importância de consolidar uma associação capaz de dar visibilidade, coesão e voz política às entidades existentes.

O processo de articulação contou com o relevante apoio do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, então liderado pelo Diretor Heider Pinto, com papel destacado do Diretor Adjunto Alexandre Ramos Florêncio e do assessor Régis Cunha de Oliveira. Também merece registro o apoio jurídico do Dr. Ailton Cardozo Jr., da Dra Janaína Pontes de Cerqueira e da Dra Joana Rocha e Rocha, que contribuíram para a consolidação do marco associativo, e das professoras Lenir Santos, presidente do IDISA, e Valéria Salgado, então Diretora de Inovação e Melhoria da Gestão. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

A assembleia geral de fundação da ANFES foi realizada em 27 de janeiro de 2013, na Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, com apoio logístico da FESF-SUS, que atuou como secretaria da reunião. Participaram fundações dos estados da Bahia, Sergipe, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná e Rio Grande do Sul, além de representantes de municípios como Porto Alegre, Canoas, Novo Hamburgo, Curitiba e Vitória da Conquista. A ata da assembleia, registrada em cartório, formalizou a criação da ANFES como associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, com sede em Brasília, e com o objetivo institucional de representar e fortalecer juridicamente o modelo das fundações estatais.

A primeira diretoria eleita foi composta por:

Cargo	Nome	Fundação de Origem
Presidente	Carlos Alberto Trindade	Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) – BA
Vice-Presidente	Juarez Verba	Fundação Hospitalar Getúlio Vargas (FHGV) – RS
Secretário-Geral	Gustavo Schulz	Fundação Estatal de Atenção Especializada (FEAES) – PR
1º Tesoureiro	Padre Edilberto Amorim	Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista (FSVC) – BA
2º Tesoureiro	James Martins da Rosa	Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) – RS

O Conselho Fiscal contou com representantes da FESP, FUNESA, FSNH, FMSC e BAHIAFARMA.

Os estatutos da entidade foram construídos respeitando as diferenças de escala, origem federativa e formato jurídico das fundações associadas. A ANFES foi concebida com competências estratégicas em múltiplos eixos de atuação:

- **Jurídico:** elaboração de pareceres, notas técnicas e atuação como *amicus curiae* em ações judiciais relevantes;
- **Político-institucional:** articulação com o Congresso Nacional, o Ministério da Saúde e demais esferas de governo para defesa normativa do modelo;
- **Técnico-operacional:** intercâmbio de experiências, produção de documentos de referência e fortalecimento das capacidades institucionais;
- **Simbólico:** construção de uma identidade pública e estatal para o modelo fundacional, em contraposição à lógica privatista e à desqualificação institucional.

A mobilização inicial envolveu ainda a construção de uma base documental comum, a sistematização de dados sobre as fundações existentes, a produção de memoriais técnicos e a defesa ativa do modelo junto a órgãos de controle. As primeiras ações da ANFES incluíram intervenções perante o Tribunal de Contas da União (TCU), a realização de audiências com parlamentares, o requerimento de urgência para a votação do Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 no plenário da Câmara dos Deputados, acompanhamento de ações judiciais e desenvolvimento de materiais para qualificação das experiências.

Esse movimento nacional só foi possível porque diversas experiências locais haviam se acumulado ao longo dos anos anteriores. A tabela a seguir apresenta as fundações estatais que participaram da constituição da ANFES, com seus respectivos anos de criação, natureza federativa e unidades de origem:

Nome da Fundação	UF	Natureza	Ano de Criação
Fundação Baiana de Pesquisa Científica – BAHIAFARMA	BA	Estadual	2007
Fundação Estadual de Saúde (FUNESA)	SE	Estadual	2008

Nome da Fundação	UF	Natureza	Ano de Criação
Fundação Estadual de Saúde Parreiras Horta (FSPH)	SE	Estadual	2008
Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista (FSVC)	BA	Municipal	2008
Fundação de Serviços de Saúde (FUNSAU)	MG	Municipal	2008
Fundação Hospitalar de Saúde (FHS)	SE	Estadual	2009
Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS)	BA	Municipal/ Interfederativa	2009
Fundação Hospital Getúlio Vargas (FHGV)	RS	Estadual	2009
Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH)	RS	Municipal	2009
Fundação Estatal de Saúde do Pantanal (FESP)	MS	Estadual	2009
Fundação Municipal de Saúde de Canoas (FMSC)	RS	Municipal	2010
Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES)	PR	Municipal	2010
Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF)	RS	Municipal	2011
Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ)	RJ	Estadual	2012

A criação da ANFES materializou uma mudança qualitativa na trajetória do modelo fundacional: da dispersão local para a articulação nacional; da resistência isolada à construção de uma voz coletiva; da vulnerabilidade institucional para a busca ativa por legitimidade. Mais do que uma entidade de representação, a ANFES constituiu-se como instrumento de afirmação da existência concreta e legítima de uma alternativa pública no SUS, sustentada por sujeitos que, mesmo sob intensa pressão jurídica e política, decidiram ocupar o campo da disputa institucional com método, estratégia e convicção.

5 A JUDICIALIZAÇÃO DO MODELO: ENTRE O BLOQUEIO INSTITUCIONAL E A DISPUTA DE LEGITIMIDADE

A trajetória das fundações estatais de saúde no Brasil esteve marcada, desde os seus primeiros anos, por um ambiente de intensa judicialização. Em grande medida, a criação da ANFES foi uma resposta direta a esse fenômeno, que impôs barreiras à consolidação do modelo e impediu sua expansão nacional. A ausência de uma lei complementar federal que disciplinasse o regime das fundações estatais no âmbito do artigo 37, inciso XIX, da Constituição, aliada a divergências interpretativas entre os entes federativos, órgãos de controle, sindicatos e o Judiciário, alimentou um cenário de incerteza jurídica contínua.

A judicialização do modelo se desdobrou em diversas ações ajuizadas ao longo da década de 2010, contestando leis de criação, contratos de gestão, concursos públicos e a própria constitucionalidade da figura da fundação estatal. As contestações vinham de diferentes atores – ministérios públicos, sindicatos, seccionais da OAB, tribunais de contas – e produziam, com frequência, decisões judiciais liminares ou definitivas que comprometeram o funcionamento de fundações já instituídas.

No Rio Grande do Sul, o caso do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), criado pela prefeitura de Porto Alegre em 2011, tornou-se emblemático. A fundação foi objeto de intensas disputas judiciais, culminando em decisões do Tribunal de Justiça do estado que declararam sua inconstitucionalidade, sob o argumento de ausência de lei complementar local autorizadora. O caso foi levado ao STF por meio do Recurso Extraordinário 898.455, que tramitou com repercussão geral e teve a ANFES habilitada como *amicus curiae*.

Situação semelhante ocorreu no estado da Bahia, com a Fundação Pública de Saúde de Vitória da Conquista (FSVC). A constitucionalidade de sua criação foi objeto de arguições perante o Tribunal de Justiça e o Ministério Público local. Em Sergipe, onde coexistiam três fundações estatais de saúde (FUNESA, FHS e FSPH), foram propostas ações judiciais por entidades sindicais e, em ao menos um caso, pela seccional da OAB, questionando a legalidade da

delegação de serviços públicos à fundação, a contratação de pessoal e a vinculação orçamentária.

No estado do Rio de Janeiro, a ADI 4247 e outras iniciativas judiciais contribuíram para a paralisia de processos de criação de novas fundações estaduais. Em alguns casos, o simples ajuizamento das ações foi suficiente para provocar o recuo político de gestores ou a sustação de tramitação de projetos legislativos.

Dentre esses litígios, a ADI 4247 ocupou posição central e estratégica. Proposta em 2009 pelo PSOL, a ação questionava a constitucionalidade das Leis nº 5.164/2007 e 118/2007 do Estado do Rio de Janeiro, que autorizavam a criação da Fundação Estatal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ). A ANFES foi admitida como *amicus curiae*, tendo apresentado memoriais a todos os ministros do STF e sustentação oral em sessão virtual, por meio do advogado Thiago Lopes Cardoso Campos, também subscrita pela advogada Caroline Dantas da Gama. A decisão do Supremo Tribunal Federal, proferida por unanimidade, julgou improcedente a ação, reconhecendo a constitucionalidade da constituição de fundações públicas de direito privado para a prestação de serviços públicos de saúde.

Esse julgamento não foi apenas mais um entre tantos: ele se consolidou como o precedente paradigmático que estabilizou o modelo juridicamente, afirmando sua validade constitucional e abrindo caminho para sua consolidação institucional. O STF reconheceu expressamente que o artigo 5º, IV, do Decreto-Lei 200/1967 foi recepcionado com força de lei complementar, nos termos do art. 37, XIX da Constituição. Também reconheceu que, em matéria de organização administrativa, deve prevalecer a autonomia dos entes federativos, especialmente quando se trata da prestação de serviços públicos essenciais como a saúde.

A vitória na ADI 4247 coroou anos de articulação técnica, política e jurídica da ANFES e transformou um ambiente de permanente incerteza em base jurídica sólida para a continuidade do modelo. A Associação demonstrou sua capacidade de atuar estrategicamente no campo do direito, transformando a judicialização de um obstáculo em oportunidade para afirmação institucional.

Frente a esse contexto, a ANFES organizou uma estratégia jurídica nacional coordenada, atuando como *amicus curiae* em diversas ações relevantes que contestavam o modelo jurídico-

administrativo das fundações estatais de saúde. Entre essas ações, destacam-se a ADI 4197 (SE), o RE 898.455 (RS), o RE 1.067.052 (RS), a ADPF 693 (RS) e ações civis públicas estaduais, como a que questiona a Fundação Saúde de Vitória da Conquista (BA). Em todas essas frentes, a ANFES produziu memoriais, sustentou oralmente argumentos em plenário, articulou com entidades federativas e buscou consolidar uma base comum de defesa da legalidade do modelo.

Tabela – Panorama das Ações Judiciais sobre Fundações Estatais de Saúde e a Atuação da ANFES

Processo	Ano	UF	Autor	Objeto	Atuação da ANFES
DI 4247	2009	RJ	PSOL	Questionamento à Lei 5.164/2007 e LC 118/2007 (criação da FSERJ)	<i>Amicus curiae</i> ; sustentação oral; memoriais
DI 4197	2008	SE	CFOAB	Leis estaduais que criaram fundações públicas de direito privado	<i>Amicus curiae</i>
RE 898.455	2015	RS	Entidades sindicais	Inconstitucionalidade do IMESF (RS)	<i>Amicus curiae</i> ; memoriais e sustentação oral
RE 1.067.052	2019	RS	Município de Novo Hamburgo	Validade da fundação pública municipal de saúde	<i>Amicus curiae</i> ; memoriais
ADPF 693	2020	RS	PCdoB	Questionamento à decisão do TJRS que vedava criação de fundações	<i>Amicus curiae</i> ; articulação política e institucional
ACP 8015566-71.2019.8.05.0000	2019	BA	Ministério Público da Bahia	Questionamento à legalidade da Fundação Saúde de Vitória da Conquista	<i>Amicus curiae</i> ; memoriais e sustentação oral

Esses episódios revelam que a judicialização não apenas tensionou o marco jurídico do modelo fundacional, mas atuou como instrumento de bloqueio institucional, dificultando a consolidação de

uma política nacional estruturada. Em vários municípios, as decisões judiciais geraram efeitos colaterais profundos: interrupção de serviços, extinção de fundações, demissão de trabalhadores e retorno forçado a formas precárias de gestão direta ou terceirizada.

A ANFES, desde sua fundação, posicionou-se de forma ativa frente a esse cenário. Atuou como *amicus curiae* em ações estratégicas, produziu memoriais técnicos, dialogou com ministros do STF e buscou consolidar uma base argumentativa que afirmasse a legalidade e a legitimidade do modelo fundacional como alternativa pública no SUS. Essa atuação integrou sua agenda de afirmação simbólica no campo jurídico e político, reforçando a ideia de que a disputa em torno das fundações estatais ultrapassa o plano técnico-normativo: trata-se, em última instância, de uma disputa sobre os sentidos possíveis da gestão pública da saúde.

Ao enfrentar a judicialização com método e articulação, a ANFES reafirmou o papel político das fundações estatais como sujeitos coletivos que resistem ao esvaziamento de sua existência institucional. A judicialização, longe de ser apenas um obstáculo, converteu-se também em arena de disputa, onde se expressam concepções distintas sobre Estado, direito e democracia no SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passada uma década desde a sua fundação, a Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES) segue sendo uma instituição necessária e atual. Mais do que um marco de mobilização coletiva em defesa de um modelo jurídico-administrativo alternativo, a ANFES constitui hoje uma instância estratégica para que as fundações estatais possam disputar legitimidade, institucionalidade e futuro no campo da gestão pública da saúde.

A estabilização jurisprudencial obtida no Supremo Tribunal Federal — especialmente com os julgamentos paradigmáticos das ADIs 4247 e 4197 — representou um avanço importante, mas não eliminou as tensões práticas enfrentadas por essas entidades. A judicialização arrefeceu, mas não cessou. As incertezas normativas, os entraves administrativos e a resistência política em diferentes níveis federativos seguem impondo limites à expansão do modelo. Mais do que nunca, é urgente que a ANFES seja integrada

aos espaços institucionais em que se discutem as reformas do Estado brasileiro.

O presente artigo procurou reconstruir criticamente o processo de criação da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde (ANFES), analisando sua gênese institucional, sua atuação política e jurídica, e sua importância na consolidação de um modelo público alternativo de gestão no Sistema Único de Saúde. A partir de um levantamento documental e da análise de eventos organizativos entre 2010 e 2013, foi possível demonstrar que a ANFES emergiu como resposta estratégica à fragmentação institucional e à intensa judicialização que marcaram o percurso das fundações estatais de saúde.

Do ponto de vista analítico, a mobilização da ANFES pode ser compreendida como uma forma de disputa por capital simbólico e legitimidade no campo da gestão pública em saúde (Bourdieu), como também uma expressão de sujeitos coletivos que se afirmam na contracorrente das hegemonias institucionais dominantes (Paim). A associação desempenhou papel central na construção de uma narrativa pública capaz de reposicionar juridicamente as fundações estatais, sobretudo ao atuar como *amicus curiae* em ações paradigmáticas como a ADI 4247, cujo julgamento favorável no Supremo Tribunal Federal representou uma inflexão decisiva na trajetória do modelo.

Nesse sentido, é fundamental que a associação participe ativamente dos debates promovidos pelo Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos (MGI) sobre a necessária atualização do aparato estatal brasileiro — ainda profundamente ancorado nas diretrizes do Decreto-Lei nº 200, de 1967 —, e contribua para a construção de uma concepção republicana e eficiente de gestão pública, capaz de romper com as amarras do patrimonialismo e da precarização via terceirização.

Além disso, os debates atuais sobre a reforma tributária e a reorganização do pacto federativo devem incluir o papel das fundações estatais como instrumentos legítimos de execução descentralizada de políticas públicas em saúde.

Um dos principais obstáculos à consolidação das fundações estatais de saúde diz respeito à assimetria no tratamento previdenciário da cota patronal. Enquanto entidades privadas sem fins lucrativos que atuam no SUS — como as organizações sociais — são beneficiadas com isenção mediante certificação CEBAS, as fundações

estatais, apesar de sua natureza pública, continuam obrigadas ao recolhimento integral das contribuições, o que onera sobremaneira sua sustentabilidade financeira. A busca pelo CEBAS, nesses casos, além de juridicamente questionável, compromete a coerência institucional do modelo ao submeter entidades públicas a uma lógica própria do setor privado. É urgente, portanto, que o Congresso Nacional avance na formulação de um marco legal que reconheça a especificidade pública das fundações estatais e assegure a elas um regime previdenciário condizente com sua função estratégica na construção de um SUS público, estatal e de qualidade.

Ao mesmo tempo, decisões políticas recentes evidenciam que o modelo segue sob ataque ou desprestigiado por gestores que cedem à pressão corporativa ou ao senso comum jurídico-administrativo. A extinção do IMESF em Porto Alegre (RS), da FUNDASUS em Uberlândia (MG), da FEPISERH no Piauí e da FUNSAUDE do Ceará, a reversão da criação da fundação estatal em Volta Redonda (RJ) e a descontinuidade da Fundação Estatal de Saúde em Maricá (RJ) são exemplos concretos de retrocessos que desconsideram os avanços operacionais e institucionais acumulados pelas experiências locais.

Mesmo nos locais onde o modelo está consolidado, os gestores das fundações enfrentam cotidianamente barreiras legais, orçamentárias e políticas, que exigem articulação federativa, capacidade técnica e respaldo institucional. Nesse contexto, a ANFES deve não apenas preservar sua memória e trajetória, mas reposicionar-se como protagonista de uma nova fase de defesa e reinvenção do modelo fundacional, atuando com incidência qualificada junto ao Executivo federal, ao Congresso Nacional, aos Tribunais de Contas e aos espaços da sociedade civil organizada.

O projeto das fundações estatais de saúde permanece vivo porque expressa um ideal de Estado comprometido com o interesse público, com a gestão qualificada e com o fortalecimento do SUS. E a ANFES segue sendo o principal instrumento de enunciação coletiva desse ideal.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. *As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4247. Rel. Min. Marco Aurélio. Brasília: STF, 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em: abr. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4197 – Sergipe – Plenário. Brasília: STF, 2023. Acesso em: 25 ago. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15356443401&ext=.pdf>.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 1.067.052 – RS. Decisão do Min. Luís Roberto Barroso. Brasília: STF, 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Áudio da audiência pública promovida sobre o Projeto Fundação Estatal – Plenário 12. Brasília: Câmara dos Deputados, 2007. Acesso em: 20 ago. 2023. Disponível em: <https://www.dgpconsultoria.com/projeto-fundacao-estatal>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Propostas Legislativas - Projeto de Lei Complementar - PLP 92/2007. Brasília: Câmara dos Deputados, s/d. Acesso em: 21 jul. 2023. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos.

Brasília: SEGES/MPOG, 2007. Acesso em: 25 jul. 2023. Disponível em: https://b43c612d-05f3-4d26-9938-d249ebc0609a.filesusr.com/ugd/5ec538_811fddb4111f401e96cc33cf046413.pdf.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Discursos e Palestras – Seminário “Aspectos Jurídicos da Fundação Estatal”. Brasília: SEGES/MPOG, 2007. Acesso em: 17 jul. 2023. Disponível em:

https://www.dgpconsultoria.com/_files/ugd/5ec538_a93608746db042d991443c9f7253fa40.pdf.

DGP – DIREITO E GESTÃO PÚBLICA. Espaço Memória das Fundações Estatais de Saúde. Brasília: DGP, 2024.

DGP – DIREITO E GESTÃO PÚBLICA. Cartilha sobre Fundações Estatais: fundamentos, regime jurídico e mitos. Brasília: DGP, 2022.

FOUCAULT, Michel. Nascimento da biopolítica: curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 255–264, set. 2017.

SABO PAES, José Eduardo. Fundação pública instituída pelo Poder Público com personalidade jurídica de direito privado. *Revista de Artigos*, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT, p. 97-128, 2010.

SALGADO, Valéria; GIRARDI, Silvio. Novos arranjos institucionais para a gestão pública democrática. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, n. 50, 2011.

SANTOS, Lenir. Fundações Estatais: estudos e pareceres. Campinas: Saberes, 2009.

CONSTITUCIONALIDADE DO MODELO DE FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS DA IMPLANTAÇÃO DA FESAÚDE

CONSTITUTIONALITY OF THE MODEL OF STATE HEALTH FOUNDATIONS: HISTORICAL ASPECTS OF THE IMPLEMENTATION OF FESAÚDE

Anamaria Carvalho Schneider

Enfermeira - sanitarista - Mestre e Doutora em Saúde Pública - Instituto de Medicina Social da UERJ - Secretária Municipal de Saúde de Niterói - e-mail ana.schneider@saude.niteroi.rj.gov.br

Cristiany da Silva Àvila

Nutricionista - sanitarista - Especialista pela Residência e Saúde Pública e Mestre em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ - Chefe de Gabinete da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - e-mail cristianyavila@fesaude.niteroi.rj.gov.br

Francine Ramos de Oliveira Moura Autonomo

Odontóloga - sanitarista - Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Mestre em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ - Gerente do Núcleo Estratégico e de Apoio Técnico da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - e-mail francineautonomo@fesaude.niteroi.rj.gov.br

Graziela Ernesto de Oliveira da Silva

Advogada - Especialista em Direito da Administração Pública - Universidade Federal Fluminense - Advogada Chefe da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - e-mail grazielaernesto@fesaude.niteroi.rj.gov.br

Pedro Gilberto Alves de Lima

Médico - Especialista em Medicina da Família e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense - Diretor Geral da Fundação Estatal de Saúde de Niterói - e-mail - pedrolima@fesaude.niteroi.rj.gov.br

Stefânia Santos Soares

Psicóloga - Sanitarista - Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Mestre em Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ - e-mail - stefania@fesaude.niteroi.rj.gov.br

Resumo

O presente artigo tem como objetivo apresentar o processo de instituição da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (RJ), de forma a contribuir com o debate acerca desse modelo de gestão na área de Saúde Pública. Fundação Estatal de Saúde de Niterói foi criada por

Lei Municipal em 2015 após amplo processo de debate que envolveu diversos segmentos, entre eles gestores e controle social, como uma proposta de inovação na gestão pública da cidade, porém somente em 2019 foi regulamentada na forma de Decreto Municipal nº13.323 de 27 de agosto de 2019 (aprovação do estatuto). Inicialmente, foi definida como modelo de gestão para assumir o Programa Médico de Família e a Rede de Atenção Psicossocial. Assim, é apresentado o processo de implantação desse modelo e os desafios atuais para consolidação de seu arcabouço jurídico institucional, sua autonomia e independência financeira. O material apresentado teve como base os documentos institucionais, relatórios elaborados pela fundação.

Palavras-chave: Modernização da Gestão, Autonomia Gerencial, Modelo Jurídico-Institucional de Fundações Estatais, Programa Médico de Família, Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This article aims to present the process of establishing the State Health Foundation of Niterói (RJ), in order to contribute to the debate about this management model in the area of Public Health. Niterói State Health Foundation was created by Municipal Law in 2015 after a broad debate process that involved several segments, including managers and social control, as a proposal for innovation in the city's public management, but only in 2019 was it regulated in the form of Municipal Decree No. 13,323 of August 27, 2019 (approval of the statute). Initially, it was defined as a management model to take over the Family Doctor Program and the Psychosocial Care Network. Thus, we are presenting the implementation process of this model and the current challenges for consolidating its institutional legal framework, autonomy and financial independence. The material presented was based on institutional documents and reports prepared by the foundation.

Keywords: Modernization of Management, Managerial Autonomy, Institutional legal model of state foundations, Family Doctor Program, Psychosocial Care Network.

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Estatal de Saúde de Niterói foi criada por Lei Municipal em 2015, como uma proposta de inovação na gestão pública da cidade. Em 2019, a FeSaúde foi regulamentada na forma de Decreto Municipal nº 13.323 de 27 de agosto de 2019 (aprovação do estatuto). Inicialmente, foi definida como modelo de gestão para assumir o Programa Médico de Família e a Rede de Atenção Psicossocial, foi consolidado no Contrato de Gestão assinado em 29 de janeiro de 2020.

Tratava-se de uma proposta de modernização, sendo discutida em vários fóruns de planejamento estratégico da cidade como um arranjo organizacional inovador para gestão de pessoas com foco na avaliação de desempenho, valorização e qualificação profissional, assim como a otimização de processos administrativos e gerenciais, cujos diagnósticos apontavam necessidade de mudanças.

A FeSaúde foi criada para prestar serviços de atenção à saúde, ensino e pesquisa, mediante contrato de gestão. O contrato de gestão prevê um regime de prestação de serviços qualificado ao definir metas, indicadores, padrão de qualidade e não tão somente a realização de serviços, como num contrato de simples compra de serviços.

Ao tempo da assinatura do Contrato de Gestão nº 001/2020 em 29 de janeiro de 2020, a FeSaúde já possuía estrutura administrativa capaz de gerar sua folha de pagamento, realizar licitações, celebrar contratos, proceder a pagamentos e manter sua contabilidade privada conforme as normas aplicáveis. Faltava-lhe, portanto, constituir o quadro de empregados de saúde para desempenhar suas funções, de modo que

A principal meta da instituição foi a organização do Concurso Público, assim, em 07 de fevereiro de 2020 foi assinado contrato com a Universidade Federal Fluminense - UFF com vistas à organização do certame.

No entanto, com a pandemia do Coronavírus e as medidas de isolamento social houve a suspensão do Concurso Público Edital n.º 001/2020, não sendo possível a assunção dos serviços de saúde no prazo previsto no contrato de gestão.

Com a flexibilização das medidas de restrição e isolamento social, o edital do referido concurso foi republicado mediante a

revisão do Edital do Concurso Público com atendimento a Lei Municipal de Niterói nº 3.534, de 30 de julho de 2020, que dispõe sobre reserva de vagas para negros e pardos nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no Município de Niterói. Sendo assim, no final de 2021 foi realizado, com o fim das medidas de isolamento social, o cronograma das provas foi publicado.

O ano de 2022 foi marcado pela admissão dos empregados públicos do Concurso Público nº 001/2022, que havia sido adiado por conta da pandemia do Coronavírus. Em 2022, foram convocados 1.306 concursados, admitidos 979 profissionais que foram em sua maioria lotados nas unidades de saúde e na sua sede administrativa.

Durante o período de sua organização interna, foi também realizado diagnóstico situacional de estrutura, funcionalidade e integração dos serviços de Atenção Básica/PMF e Atenção Psicossocial na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Niterói, realizou-se o mapeamento de documentos, fluxos e processos de trabalho estruturantes para os serviços da APS e da Saúde Mental (SM); levantamento de possíveis gargalos assistenciais e necessidades de investimento para melhoria do acesso e da qualidade do atendimento prestado à população de Niterói, e identificação de oportunidades de ampliar a captação de financiamento federal e estadual. Desta forma, a equipe técnica da FeSaúde realizou uma pesquisa, durante três meses, cuja atenção perpassou 22 temas, organizados nas seguintes dimensões de análise: perfil e caracterização do município; rede setorial e intersetorial; normatização, fluxos e processos de trabalho e financiamento.

Com 1 ano e 6 meses de assunção das unidades de saúde com os empregados públicos, são observadas muitas mudanças e avanços positivos e esperamos avançar ainda mais nos próximos anos de atuação da Fundação na gestão dos serviços de saúde da cidade.

Assim, a FeSaúde vem reiterando sua natureza de fundação pública de direito privado que se iguala na sua forma de financiamento à empresa estatal que mesmo integrando a administração pública indireta tem suas receitas advindas das atividades desempenhadas.

Atualmente a FeSaúde voltou sua atenção para implementação das ações de Inovação e Ciência e Tecnologia, levando essa discussão para sua governança, tendo também como dilema, a afirmação de sua autonomia gerencial e busca de novas parcerias.

O desafio da FeSaúde passa pelo avanço na sustentação de seus mecanismos jurídico-institucionais na área da saúde, que envolve tanto a análise das possibilidades de arranjos nos contratos de gestão, seu estabelecimento como um instituto de ciência e tecnologia, assim como a sua legitimação como modelo de gestão.

2. O MODELO DE GESTÃO: FUNDAÇÃO ESTATAL

Em âmbito nacional essa modalidade de gestão surge como uma necessidade de dotar o governo de agilidade e eficácia, aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritárias no atendimento das demandas sociais do País.

A busca por modelos jurídicos-institucionais no Brasil ganhou força a partir dos anos 2000 como em continuação ao debate da Reforma de Estado iniciada nos anos 90, como uma proposta de gestão de serviços na administração pública brasileira, sendo estas influenciadas por reformas internacionais, que preconizam novos desenhos na relação do Estado com a sociedade, incluindo reestruturações do aparelho de Estado.

Na forma de uma proposta do então Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) (Projeto de Lei Complementar nº92-A/2007) do poder executivo, que permite aos entes federativos que a lei instituída defina a natureza jurídica da Fundação como de direito privado ou público (BRASIL, 2007A), sendo uma alternativa aos modelos de organizações sociais, o projeto intitulado “Fundação Estatal do Brasil” traz uma nova forma jurídico-institucional no seio da administração pública indireta, para atender às necessidades de flexibilidade e agilidade das áreas do Estado. Podendo atuar na gestão de serviços hospitalares, serviços de atenção primária, laboratoriais etc., excetuando-se as atividades consideradas ações estratégicas de Estado como vigilância sanitária e epidemiológica, regulação, controle e avaliação e auditoria.

Sendo assim, caracteriza-se por uma entidade pública integrante da administração pública indireta, é criada a partir de lei autorizativa, seu patrimônio é público, seus empregados são públicos, é supervisionada pelo Poder Público tal qual as autarquias, fundações autárquicas e empresas estatais e presta contas como qualquer outra entidade pública, ainda que com critérios distintos.

Seu sistema de governança é definido em estatuto aprovado pelos Conselhos Fiscal e Curador e Diretoria Executiva, constituído por membros do Governo especialmente do seu órgão ou entidade supervisora, prevista também a participação de representantes da sociedade civil, na qualidade de conselheiro.

O instrumento básico que garantirá a administração gerencial diferenciada é o contrato de gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói e a Fundação Estatal de Saúde. O contrato entre as partes definiu penalidades, multas, produtos, objetivos, metas e os resultados assistenciais e gerenciais claramente definidos e que são parametrizados financeiramente. Estabeleceu-se também os processos de fiscalização, a estrutura organizacional e a tecnologia a serem utilizadas, assim como, o desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos. É por meio do contrato de gestão que a administração central concedeu à contratada maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Com essas premissas, a Fundação Estatal de Saúde de Niterói foi criada por Lei Municipal em 2015 após amplo processo de debate que envolveu diversos segmentos, entre eles gestores e controle social, como uma proposta de inovação na gestão pública da cidade. Destaca-se que, durante a Conferência Municipal de Saúde realizada em 2007, já havia sido debatido o modelo de Fundação Pública de Direito Privado, mas naquele momento optou-se pelo adiamento da discussão para que fosse pautado em fórum específico sobre esse tipo de modelo.

Tratava-se de uma proposta de modernização, sendo discutida em vários fóruns de planejamento estratégico da cidade como um arranjo organizacional inovador para gestão de pessoas com foco na avaliação de desempenho, valorização e qualificação profissional, assim como a otimização de processos administrativos e gerenciais, cujos diagnósticos apontavam necessidade de mudanças.

No município, a proposta retorna em 2013 durante a elaboração do Plano Estratégico “Niterói Que Queremos”, construído de forma participativa, onde se planejou as entregas da cidade de 2013 a 2033, sendo então aprovada sua implantação pelo Conselho

Municipal de Saúde e a sua inserção como meta no Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Somente em 2019, a FeSaúde foi regulamentada na forma de Decreto Municipal nº 13.323 de 27 de agosto de 2019 (aprovação do estatuto). Inicialmente, foi definida como modelo de gestão para assumir o Programa Médico de Família e a Rede de Atenção Psicossocial, excetuando os ambulatorios de saúde mental e uma unidade psiquiátrica hospitalar e, foi consolidado no Contrato de Gestão assinado em 29 de janeiro de 2020.

A criação da Fundação Estatal foi uma escolha política que teve como objetivo adequar e reestruturar o modelo de gestão, mas principalmente, assegurar o atendimento às recomendações dos órgãos de controle em relação à precarização de vínculos trabalhistas existentes.

Em linhas gerais, destacam-se os principais marcos históricos que levaram à criação da FeSaúde:

- Conferência Municipal de Saúde de 2007: primeiro debate sobre o modelo;
- Niterói Que Queremos: debatido na construção do plano estratégico constando no relatório de 2013;
- Plano Municipal de Saúde, período de 2014/2017: apresentou à época como 4ª Meta a reestruturação da Rede Municipal de Saúde “articular a aprovação do projeto de criação da Fundação Estatal de Saúde” (fls. 42/272);
- VIII Congresso CONSAD de Gestão Pública, maio de 2015, em Brasília: foi apresentado o Projeto Niterói Que Queremos – Uma Estratégia Inovadora de Planejamento, e às fls. 19, alínea “c” há a seguinte descrição “Qualificar e modernizar a gestão da saúde, com estímulos à criação de novos modelos de gestão de RH que incorporem sistema de avaliação permanente de desempenho, valorização e qualificação profissional e otimização de processos administrativos – gerenciais”;
- Plano Municipal de Saúde, período de 2018/2021, mencionou às fls. 49 que a Fundação Municipal de Saúde desde setembro de 2017 vem dando curso a um processo seletivo simplificado com duração de 01 (um) ano e prorrogável por mais um ano para a admissão de profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família no regime jurídico da Prefeitura de Niterói até a conclusão da criação de uma Fundação Estatal. Sendo que no mesmo documento, mais especificadamente, o Eixo Temático 2 possui a seguinte descrição “Valorização do Trabalho

e da Educação em Saúde – Implantar uma Fundação Estatal como meta”.

Além disso, é importante mencionar que além da vontade política, a Fundação Estatal de Saúde de Niterói foi pensada em razão das diversas recomendações da Corte de Contas Estadual, do Ministério Público Estadual e do Ministério Público do Trabalho que vêm recomendando há vários anos a despreciação dos vínculos trabalhistas existentes entre os profissionais de saúde (temporários e RPA) existentes na administração municipal.

Assim, apesar dos trâmites legais, a implantação da referida FeSaúde não se concluiu e o desligamento dos profissionais dos vínculos contratuais com as Associações começou em setembro de 2017, quando a FMS Niterói convocou processo seletivo simplificado para contratação de aproximadamente 677 profissionais das categorias pertencentes ao PMF. Com oferta de contratos temporários, o certame ocorreu sob protestos e múltiplos pedidos de impugnação, surgindo como uma medida provisória na condução dos impasses havidos em meio à regularização do modelo (Lima, 2021). Isso ocorreu considerando o intervalo entre a publicação do Decreto de criação e a sua efetiva implantação.

Em termos conjunturais, a instituição FeSaúde inicialmente foi marcada pelo debate sobre a implantação do modelo que apresentou resistência, principalmente dos trabalhadores que atuavam na rede e seriam substituídos pelos concursados caso não lograssem êxito no concurso público. Outra desafio seria o entendimento de nova estrutura na administração pública indireta, que embora tenha sido debatido em diversos fóruns na cidade, ainda carecia de esclarecimento junto à população e ao próprio Controle Social, pois passaria a gerir grande parte dos serviços assistenciais básicos e da saúde mental da rede de SUS municipal.

Diante do próprio debate acerca do modelo de Fundações Estatais, na linha de que essa alternativa para atender as demandas do SUS se daria através da administração direta e do cumprimento do arcabouço legal já existente, a FeSaúde teve seu modelo questionado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – TCERJ, por meio de processo, onde questiona seu regime jurídico e sua independência financeira, que vem sendo alvo de audiências junto com o poder executivo.

Desta forma, os aspectos constitutivos básicos da Fundação, no âmbito da competência municipal, além de estarem incluídos desde o ano de 2014 como uma escolha política de um modelo, foram estabelecidos pela Lei Municipal nº 3.133, de 13 de abril de 2015 e pelo Decreto nº 13.323, de 27 de agosto de 2019, que define os principais requisitos estatutários da FeSaúde, quais sejam:

- a) Entidade com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública;
- b) Dotada de autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro de pessoal próprio, sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos e econômicos de assistência social quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributários e fiscais, observadas as regras da referida Lei (art. 1º, § 2º);
- c) A constituição da Fundação Estatal de Saúde de Niterói consumir-se-á com o registro de seus atos constitutivos no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, na forma do disposto no Código Civil e na Lei de Registros Públicos (art. 3º da referida Lei);
- d) A Fundação Estatal de Saúde de Niterói será regida por esta Lei, pelo seu Estatuto e pelas normas legais e regulamentos internos que lhe sejam aplicáveis (art. 3º da Lei);
- e) A Fundação Estatal de Saúde de Niterói se vinculará à Secretaria Municipal da Saúde para efeito de supervisão de suas finalidades (art. 1º, § 3º da Lei);
- f) Independência orçamentária e financeira, conforme art. 1º, § 2º e art. 5º, § 1º da Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a instituir fundação pública, com personalidade jurídica de direito privado, denominada FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI - FESAÚDE, integrante do Sistema Único de Saúde e com prazo de duração indeterminado, na forma do art. 37, XIX, da Constituição Federal de 1988 e em consonância com a Lei Complementar Estadual nº 118, de 29 de setembro de 2007.[...]

§ 2º A Fundação, entidade jurídica sem fins lucrativos econômicos, de interesse coletivo e de utilidade pública, gozará de autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, ficando sujeitas ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos econômicos de assistência social quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributários e fiscais, observadas as regras desta Lei.

Art. 5º Constituem patrimônio e renda da Fundação:

[...]

§ 1º As receitas decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde ou de qualquer outro serviço próprio às suas finalidades estatutárias, mediante contrato de gestão com entes públicos, não serão consideradas como recursos de subvenção ou auxílio público, constituindo-se receita própria da Fundação.

g) Do contrato de gestão: conforme art. 7º, incisos e parágrafo da Lei:

Art. 7º A contratação da Fundação pela Administração Pública Municipal, para realização das atividades relacionadas à sua própria finalidade legal dar-se-á por meio da celebração de contrato de gestão, com fundamento no artigo 37, § 8º, da Constituição da República Federativa do Brasil, e terá como cláusulas obrigatórias:

I - o prazo de duração dos contratos;

II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações, responsabilidades dos dirigentes;

III - a remuneração do pessoal;

IV - a pactuação de metas e indicadores de resultados; e

V - os mecanismos de avaliação e acompanhamento.

Parágrafo Único - O gasto com a prestação de serviços pela Fundação ao Município através de Contrato de Gestão, não se consideram despesas de pessoal, contabilizando-se como prestação de serviços de terceiros - pessoas jurídicas, pelo caráter programático da contratação.

- h) Regime jurídico de pessoal: O quadro de empregados da Fundação Estatal de Saúde de Niterói será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e respectiva legislação complementar, integrando o Quadro de Pessoal Próprio da Fundação, devendo sua admissão, excetuada a Diretoria Executiva e as funções de livre contratação e demissão, ser precedida de processo de concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do emprego (art. 6º, § 5º da Lei e art. 25 do Decreto):

Art. 25 As relações de trabalho firmadas pela FeSaúde serão regidas preponderantemente pela Consolidação das Leis de Trabalho (Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943) e respectiva legislação complementar, sendo-lhes aplicáveis, no que couber, as disposições do Capítulo VII, do Título III, da Constituição da República Federativa do Brasil, pertinentes à Administração Pública.

- i) A Fundação Estatal de Saúde de Niterói organizará o seu Quadro de Pessoal Permanente de acordo com o plano de empregos e salários, contemplando um Plano Diretor de Desenvolvimento de Pessoal, devendo sempre que possível adotar a instituição de sistema misto de remuneração (art. 30, parágrafo único e art. 31 do Decreto):

Art. 30. A FeSaúde organizará o seu Quadro de Pessoal de acordo com o Plano de Empregos e Salários, a ser proposto pela Diretoria Executiva e aprovado pelo Conselho Curador, o qual deverá contemplar um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Parágrafo único. [...]

Art. 31. Os quantitativos dos empregos do quadro próprio serão estabelecidos pela FeSaúde, bem como as funções de direção, chefia e assessoramento, conforme previsão constante nesse Estatuto.

- j) Os quantitativos dos empregos permanentes, das funções de direção, chefia e assessoramento e das funções de livre contratação e demissão, não submetidos a prévio processo de concurso público, serão estabelecidos pelo conselho Curador da Fundação Estatal de Saúde de Niterói, mediante proposta da Diretoria Executiva (art. 6º, § 2º, § 3º e § 5º da Lei);

Desta forma, a criação da Fundação Estatal de Saúde seguiu, do ponto de vista normativo e de governança, manteve aspectos essenciais que fundamentam a criação desta modalidade de entidade, conforme quadro abaixo:

Quadro 1- Modelo de gestão da FeSaúde e suas variáveis constitutivas

Variável	Tipo	Legislação
Lei de Criação - Lei Municipal nº 3.133, de 13 de abril de 2015	Natureza jurídica de direito privado da administração indireta	Projeto de Lei Complementar (PLC) nº92/07, em 13/7/2007, com o objetivo de regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, Lei Complementar Estadual nº118/2007.
Constituição	Estatuto Social registrado em cartório – (Art 2º e 63 do Estatuto)	Inciso XIX, do art. 37, da Constituição Federal, com a redação dada pela EC nº 19, de 04.06.1998, e pelo art. 1.º, II, da Lei nº 7.596/1987, e adquirem personalidade por meio da inscrição do seu estatuto no Registro Civil das Pessoas Jurídicas.
Extinção	Extinção pode ser levada pelo Conselho Curador Art. 12. (Estatuto) como	Poder Público, traduzida por meio de edição de lei específica autorizativa.

Variável	Tipo	Legislação
	indicação, mas somente o Poder que a instituiu pode extinguir	
Regime Jurídico e de pessoal	Regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e respectiva legislação complementar.	Consolidação das Leis do Trabalho - CLT -Ingresso mediante Concurso Público (art.6º da Lei 3.133, §5), Cargo em Comissão (§2) e cessão (art.6º da Lei 3.133).
Regime orçamentário, financeiro e contábil	Contabilidade Privada	Autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira (Lei 3.133 art. 1º, § 2º).
Contrato Estatal de Serviços	Contrato de Gestão	artigo 37, § 8º, da Constituição da República Federativa do Brasil,
Regime de aquisição de bens e serviços – Atos e contratos	Licitação	Lei n.º 8.666, de 21.06.93/Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021
Prestação de Contas do CG	Comissão de Acompanhamento do Contrato	Cláusula 7ª do Contrato de Gestão/Portaria FMS/FGA nº526/2023
Governança	Governança - Conselhos Curador, Fiscal e Diretoria Executiva	Estatuto Social
Controle Interno	Gerência de Controle Interno, Riscos e Compliance	Estatuto Social

Fonte: FeSaúde – documentos normativos

Do ponto de vista jurídico, a FeSaúde busca demonstrar a sua capacidade de exercer suas atribuições, defendendo a tese de que é uma instituição “não dependente” e não terá recursos orçamentários inscritos na Lei Orçamentária Anual - LOA, para cobertura de despesas com sua folha de pagamento, nem outras despesas de custeio. Seu relacionamento com a SMS Niterói será apenas mediante contrato de prestação de serviços.

De fato, nos órgãos e entidades mantidas pelo Poder Público, o pagamento da folha de pessoal e as outras despesas de custeio são arcadas diretamente pelo Tesouro Municipal, enquanto que na FeSaúde, essas despesas são cobertas com recursos próprios, originários tanto do contrato de gestão que celebra com a Secretaria Municipal da Saúde, quanto dos contratos e convênios que celebra

para a prestação de outros serviços estatutários e condicionados ao próprio desempenho no cumprimento das cláusulas contratuais.

O balanceamento entre custos de pessoal, demais despesas de custeio e de investimento, incluídos os custos transacionais, é inerente ao modelo de relacionamento da fundação pública de direito privado com o orçamento que não é assegurado diretamente. Seus recursos decorrem do cumprimento do contrato; como ocorre em qualquer outro contrato celebrado entre o Poder Público e entidades civis ou mesmo entre entidades civis, a contratada, ao precificar e negociar os valores do contrato, deve prever o custo de sua operação. O contratante paga o valor do contrato e não a folha de pagamento e demais despesas da contratada. Não há relação de dependência, mas sim de controle da eficiência e qualidade no alcance das metas contratuais.

Esse mecanismo exige que o gestor da fundação pública de direito privado tenha total conhecimento e controle dos custos dos processos institucionais incluindo os aumentos na folha de pagamento. É necessária uma gestão de pessoas mais sintonizada com os processos finalísticos, incluindo a projeção do quadro de pessoal e dos níveis de remuneração que sejam compatíveis com os serviços que serão prestados.

A FeSaúde foi criada para prestar serviços de atenção à saúde, ensino e pesquisa, mediante contrato de gestão. O contrato de gestão prevê um regime de prestação de serviços qualificado ao definir metas, indicadores, padrão de qualidade e não tão somente a realização de serviços, como num contrato de simples compra de serviços.

Por isso, a FeSaúde vem reiterando sua natureza de fundação pública de direito privado que se iguala na sua forma de financiamento à empresa estatal que mesmo integrando a administração pública indireta tem suas receitas advindas das atividades desempenhadas.

3. MODELO DE GESTÃO ADOTADO PELO MUNICÍPIO DE NITERÓI PARA A GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Niterói é um reconhecido centro de inovação e irradiação de boas práticas em saúde. Ao longo de sua história, diversos episódios ilustram de modo exemplar a coragem e determinação da cidade para enfrentar os problemas dessa área, o que contribuiu para que a avaliação de Niterói no ranking das cidades inteligentes tivesse notável desempenho. Com cinco edições realizadas entre 2015 e 2019, o “Ranking Connected Smart Cities” é um esforço de criação e sistematização de indicadores que apontem as transformações das cidades brasileiras no rumo de um desenvolvimento inteligente, sustentável e humano. Niterói teve significativa evolução, partindo de um honroso décimo lugar, em 2015, para um notável sexto lugar, em 2019.

Mantendo sua tradição inovadora, Niterói iniciou mais um processo destinado a mudar os rumos da gestão pública de saúde na cidade e a irradiar sua experiência para todo o país, a partir do esforço conjunto da gestão municipal, dos usuários e profissionais do SUS, e membros do poder legislativo na busca de um modelo de gestão capaz de garantir o funcionamento efetivo, eficiente e eficaz dos serviços da APS e da RAPS, entendendo que a plena efetivação desse modelo de gestão deveria estar ancorado na tríade gerencial - gestão dos recursos humanos, gestão dos recursos materiais e gestão dos recursos financeiros - assim como no conhecimento das necessidades de saúde da população.

Após uma série de audiências públicas que discutiram os principais modelos de gestão em voga e implementados na área da saúde, definiu-se a Fundação Estatal de Saúde como modelo a ser adotado para gerir os serviços da APS, em especial, o Programa Médico de Família (PMF) e a RAPS.

Nesse sentido, a Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde) se constitui como uma proposta inovadora e consistente para avançar no fortalecimento do SUS e no desenvolvimento de um modelo de gestão mais eficiente, apresentando-se como uma solução jurídico-administrativa e sanitária para o desenvolvimento da atenção à saúde e propicia agilidade e segurança para gestores, usuários e

trabalhadores, como um democrático veículo de concretização do direito humano fundamental à saúde.

Com a sua instituição em 2019, a FeSaúde somou esforços para a efetiva criação da pessoa jurídica e a edição de atos normativos básicos, contando inicialmente com um quadro funcional provisório constituído por assessores de implantação, aprovados pelo Conselho Curador, além dos diretores definidos estatutariamente. Este grupo conduziu a partir de discussões em Seminários Internos ainda em 2019 com apoio de consultoria externa, a condução da elaboração de seus documentos estruturantes: Estatuto, Regimento Interno, Plano de Cargos em Comissão e Funções de Confiança, Plano de Empregos e Salários.

Ao tempo da assinatura do Contrato de Gestão nº 001/2020 em 29 de janeiro de 2020, a FeSaúde já possuía estrutura administrativa capaz de gerar sua folha de pagamento, realizar licitações, celebrar contratos, proceder a pagamentos e manter sua contabilidade privada conforme as normas aplicáveis. Faltava-lhe, portanto, constituir o quadro de empregados de saúde para desempenhar suas funções, de modo que em 07 de fevereiro de 2020 foi assinado contrato com a Universidade Federal Fluminense - UFF com vistas à organização de seu concurso público.

No entanto, com a pandemia do Coronavírus e as medidas de isolamento social e de prevenção instituídas na forma de Decreto Municipal, houve a suspensão do Concurso Público Edital n.º 001/2020, não sendo possível a assunção dos serviços de saúde no prazo previsto no contrato de gestão.

Com a flexibilização das medidas de restrição e isolamento social, o edital do referido concurso foi republicado mediante a revisão do Edital do Concurso Público com atendimento a Lei Municipal de Niterói nº 3.534, de 30 de julho de 2020, que entrou em vigor após a homologação do concurso e que dispõe sobre reserva de vagas para negros e pardos nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no Município de Niterói. Sendo assim, o edital foi revisado e notas técnicas foram publicadas com adequações necessárias, ficando suspenso até 2021, quando com o fim das medidas de isolamento social, o cronograma das provas foi publicado.

Embora no seu primeiro ano de implantação não tenha iniciado o processo de gestão das unidades de saúde, por conta do

adiamento do concurso público, manteve as atividades focadas da organização interna e de suas normativas. Iniciou um processo de planejamento estratégico interno, estabelecendo um referencial estratégico, assim como se manteve articulada com a gestão municipal, participando do Plano Metas integrante do Plano Estratégico da prefeitura de Niterói.

Entre outras atividades em destaque, organizou de todas as necessidades de aquisições, com elaboração de Termos de Referência, elaboração de normativas, revisão de documentos institucionais e, na assistência, atuação na organização e coordenação, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde, atuou em ações de combate ao COVID-19, na implantação de 03 pontos de testagem em maio de 2020 e 01 posto de vacinação na modalidade Drive Thru em fevereiro de 2021.

Ainda durante o ano de 2021, foi solicitado pelo gestor municipal que a FeSaúde elaborasse um Plano de Transição na gestão dos serviços da RAPS (Decreto nº14.108/2021). Assim, a construção de proposta para o plano de transição da gestão da RAPS teve início, ainda mesmo antes da realização do concurso público, com definição do escopo possível de intervenção e cargos necessários para o gerenciamento das unidades e serviços da Rede de Atenção Psicossocial, previstas no Plano Operativo que foi revisto para início da gestão das unidades.

Todo processo de transição foi monitorado conjuntamente com o Gabinete da SMS municipal utilizando como metodologia, reuniões de ponto de controle, cujo objetivo foi de identificar gargalos do cenário de transição e monitorar as ações realizadas.

4. GESTÃO DE SERVIÇOS

O ano de 2022 foi marcado pela admissão dos empregados públicos do Concurso Público nº 001/2022, que havia sido adiado por conta da pandemia do Coronavírus. Com isso, as unidades da Rede de Atenção Psicossocial geridas pela FeSaúde, assumida em agosto de 2021, ainda com profissionais vinculados a Fundação Municipal de Saúde. Desta forma, assumiu também a gestão das unidades do Programa Médico de Família e passou a executar as ações previstas em seu Contrato de Gestão de forma plena. Em 2022, foram convocados 1.306 concursados, admitidos 979 profissionais que

foram em sua maioria lotados nas unidades de saúde e na sua sede administrativa.

Ainda em 2022, a FeSaúde voltou sua atenção para implementação das ações de Inovação e Ciência e Tecnologia, levando essa discussão para sua governança, tendo também como dilema, a afirmação de sua autonomia gerencial e busca de novas parcerias. A proposta levada como reforma do estatuto social, aprovada por seu Conselho Curador, sendo estabelecida na forma do Decreto Municipal nº14.975 em julho de 2023.

As principais ações implementadas no processo de instituição da FeSaúde podem ser observadas na linha do tempo.



Figura 1- Linha do Tempo da FeSaúde Niterói-RJ

Sendo assim, as perspectivas para incorporação de novas frentes de trabalho e parcerias carecem da definição de objetivos e metas institucionais realistas se colocam para fundação como um desafio fundamental. É necessário garantir que a instituição tenha um propósito bem definido e que suas ações estejam alinhadas com os objetivos maiores do sistema de saúde.

5. A IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES E DESAFIOS COLOCADOS PARA O PROCESSO IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO 01/2020

Com objetivo de realizar o diagnóstico situacional de estrutura, funcionalidade e integração dos serviços de Atenção Básica/PMF e Atenção Psicossocial na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Niterói, realizou-se o mapeamento de documentos, fluxos e processos de trabalho estruturantes para os serviços da APS e da Saúde Mental (SM); levantamento de possíveis gargalos assistenciais e necessidades de investimento para melhoria do acesso e da qualidade do atendimento prestado à população de Niterói, e identificação de oportunidades de ampliar a captação de financiamento federal e estadual. Desta forma, a equipe técnica da FeSaúde realizou uma pesquisa, durante três meses, cuja atenção perpassou 22 temas, organizados nas seguintes dimensões de análise: perfil e caracterização do município; rede setorial e intersetorial; normatização, fluxos e processos de trabalho e financiamento.

A abordagem metodológica para elaboração deste diagnóstico desenhou-se em três etapas:

1ª etapa: consistiu na definição das dimensões e temas a serem abordados, na divisão de tarefas entre a equipe e na elaboração do cronograma de execução;

2ª etapa: esta etapa foi definida como um processo de investigação documental e utilização de fontes secundárias de informação, por meio de acesso à documentos institucionais e fontes/bases de dados oficiais;

3ª etapa: previu o aprofundamento dos temas e das informações já obtidos (segunda etapa), a partir da utilização de recursos como visitas ao território; entrevistas com os profissionais da gestão e da assistência sobre os processos de trabalho; e entrevistas

com moradores e usuários das unidades de saúde. Sendo essa última parcialmente inviabilizada devido aos entraves impostos pela pandemia de covid-19.

A partir da análise do diagnóstico situacional realizado pela equipe, algumas oportunidades e desafios foram identificados na rede, pensando tanto no PMF quanto na RAPS.

Em relação ao PMF, um dos maiores desafios dialoga diretamente com o tempo de implantação e inauguração dos módulos, visto que mais de 40% das unidades existem há quase 30 anos. Além disso, 7 unidades encontravam-se em imóveis alugados, o que dificultava ainda mais o processo de manutenção do espaço ao longo dos anos, principalmente quando observa-se que praticamente todos os módulos apresentavam necessidade de reforma ou adequação. Além das questões relacionadas a obras e reformas, é importante reforçar que 78% dos módulos não garantiam condições de acessibilidade para os usuários.

Quanto ao dimensionamento das equipes, foi observado que quase 20% são unidades com apenas uma equipe e aproximadamente 70% tem entre 2 e 3 equipes, além disso, pouco mais de 40% das equipes do PMF não possuíam saúde bucal, o que dificultaria o acesso aos serviços de saúde.

Pensando na informatização e tecnologia, é importante destacar que 100% das unidades do PMF apresentavam insuficiência de computadores e impressoras, e de todos os módulos apenas 7 contavam com o prontuário eletrônico apesar de todos os módulos possuírem acesso à internet. Os demais módulos, sem prontuário eletrônico, realizavam o registro de forma centralizada por meio de preenchimento das fichas CDS.

Um dos modelos adotados pelo PMF para apoio multiprofissional às equipes mínimas é de supervisão do serviço. Os supervisores realizavam atividades de apoio matricial, mas, em questão hierárquica, ocupavam cargos acima dos profissionais da ponta. Uma outra característica do modelo de gestão adotado à época é a ausência do gerente de unidade e dos profissionais administrativos no PMF, além da ausência de RT médico e de enfermagem por unidade ou falta de identificação de Responsáveis Técnicos Institucionais.

No que tange à RAPS, em relação ao acesso aos serviços especializados, observou-se a centralidade dos ambulatorios das

policlínicas na ordenação dos cuidados em saúde mental, incluindo a assistência farmacêutica, muitas vezes com pouca ou nenhuma interação com APS. Vale ressaltar que o PMF não possuía o profissional farmacêutico em suas equipes. Além disso, observou-se a necessidade de definição de fluxos únicos e estruturados de organização da rede como um todo. Pensando nos fluxos, estes foram encontrados apenas nos processos de regulação descentralizados por regionais, o que ocasionava diferentes fluxos de regulação e não agregava ao PMF protagonismo neste processo. Devido a estes desafios relacionados à regulação, evidenciou-se que a coordenação do cuidado não era uma atribuição plena da APS na cidade de Niterói e que ficava a cargo dos profissionais do PMF apenas a tarefa de solicitação das vagas de especialidade. Em relação às vagas no Sistema Estadual de Regulação (SER), estas eram solicitadas e acompanhadas pelas policlínicas de especialidades. Um outro fator importante de ser ressaltado é a dependência do serviço de motoboys para a coleta das fichas que seriam inseridas no sistema de forma centralizada em uma central única na região central da cidade.

6. DESAFIOS DA GESTÃO ASSISTENCIAL

6.1. Ampliar a oferta e o escopo de ações e serviços das unidades de saúde

Como pontapé inicial, foi realizada a elaboração da CARTEIRA DE SERVIÇOS, um documento orientador para o trabalho dos profissionais de saúde, gestores e usuários da APS de Niterói, que visa garantir a participação coletiva nos serviços de saúde por meio do compartilhamento de informações, contribuindo para a diminuição das desigualdades na oferta de ações e serviços e amplia a abrangência e a resolutividade.

Considerando as estruturas físicas e informatização das unidades; a dispensação de insumos e equipamentos, e o sub-registro nos sistemas de informação, realizou-se uma força tarefa das 4 diretorias da FeSaúde no que tange a contratação de serviço de manutenção; aquisição de insumos, mobiliários e equipamentos e formação dos profissionais.

Com intuito de monitorar a ampliação das ações ofertadas pelas equipes os seguintes indicadores foram contemplados no CG:

Proporção de serviços ofertados pela equipe de saúde da família e
Proporção de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal.

6.2. Garantir estruturas e processos para resolutividade no cuidado em saúde ofertado nas unidades de saúde

Após a entrada nos territórios e processo de formação (que é constante e não se esgota), deu-se início ao período de realização do diagnóstico situacional da rede e do processo de territorialização juntos as equipes. Este processo, que está em sua 2ª edição no ano de 2023, fomentou o entendimento quanto a história das unidades e do território, conhecimento do perfil sociodemográfico da população acompanhada, do mapeamento e identificação dos equipamentos e instituições presentes na região e que poderiam agregar no processo de cuidado dos usuários adscritos, com o intuito de ofertar ações e serviços compatíveis com as demandas e necessidades de saúde dessa população.

A implantação das equipes multiprofissionais - eMulti (PT GM/MS nº635/2023) também constituíram um grande passo para ampliação da resolutividade e do escopo de atividades oferecidas no PMF. Atualmente, o município conta com 5 equipes eMulti com nove categorias profissionais (sanitarista, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, médico ginecologista, médico pediatra). Ainda para o ano de 2023, há a previsão de expansão das equipes para 9 equipes, cobrindo todas as regionais de saúde e módulos médico de família do município.

Porém, só a entrada dos profissionais não é suficiente para garantia de ampliação de acesso da população, aumento da resolutividade e do escopo de atividades ofertadas. Entendendo esta limitação, a Gerência de Ensino e Produção do Conhecimento (GEPC) juntamente com o Núcleo Estratégico de Apoio Técnico, elaboraram e colocaram em prática uma formação de 36h com todos os profissionais admitidos para as equipes multiprofissionais do PMF. Nessa formação, que teve duração total de 6 dias, abordou-se o processo de territorialização, ferramentas de trabalho, trabalho em equipe, organização de agenda, entre outras temáticas pertinentes.

Referente à RAPS, uma das principais estratégias que a Fundação Estatal de Saúde de Niterói vem lançando mão pensando em ampliar o acesso e a resolutividade nos cuidados, além de garantia de estruturas, tem sido as reformas e adaptações de mobiliários e

equipamentos nas Residências Terapêuticas, adequação nos CAPS e mudança de tipologia dos CAPS II para CAPS III, começando pelo CAPS AD ainda no ano de 2023. As mudanças de tipologia dos CAPS também envolvem mudança estrutural, aquisição de novos mobiliários e melhores condições de trabalho para as equipes e de acolhimento, para os usuários do serviço, que agora passam a contar com o CAPS 24 horas, incluindo aos fins de semana e feriados.

6.3. Garantir a parametrização, a padronização e a sistematização como diretrizes para o acompanhamento e gestão dos serviços

Considerando que a parametrização, a padronização e a sistematização dos processos são pilares para implementar um sistema de gestão de qualidade, que busca a satisfação do usuário, maximizar a eficácia, eficácia e efetividade, a grupo de gestão da FeSaúde empenhou-se em elaborar os catálogos de identidade visual, mobiliários e equipamentos e insumos, por meio da implantação Comissão Interna de Padronização de Materiais Insumos e Medicamentos. Além da elaboração e divulgação para os profissionais de metodologia de implantação das Comissões de Revisão de Prontuário que incluiu a formulação de instrumentos e ferramentas (ex.: ficha de cadastro, ficha de Projeto Terapêutico Singular e ferramenta de classificação de risco), assim como o monitoramento da implantação; elaboração de planos de trabalho (ex.: Coordenação do Cuidado, Serviço de Residência Terapêutica, Saúde Bucal), guias rápidos (ex.: Primeira Consulta de Pré-Natal) e Procedimento Operacional Padrão.

6.4. Instalar prontuário eletrônico nos módulos do PMF e CAPS

A entrada da FeSaúde para gestão do Programa Médico de Família traz um marco muito importante em relação ao avanço tecnológico e adequação do número de computadores e impressoras nas unidades de saúde. Realizando um intenso esforço e trabalho em equipe, a Gerência de Gestão da Informação promoveu a instalação e treinamento das equipes para o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão nos módulos.

Em um compromisso com os trabalhadores e com a população, a FeSaúde se comprometeu a instalar e treinar todas as equipes do PMF de Niterói ainda no segundo semestre de 2023. O

cronograma tem-se cumprido sem atrasos e já é possível observar melhoras na qualidade e quantidade de registros a partir da entrada do prontuário eletrônico.

Nos CAPS foi realizado um investimento estrutural para a revisão da base de cadastros que é realizada em suporte físico, com a implantação das Comissões de Revisão de Prontuário. A partir dessa experiência, desenvolveu-se um protótipo de sistema eletrônico para o cadastro dos pacientes nos CAPS que compõem o contrato de gestão.

6.5. Propor a inserção do PMF no processo de regulação, a fim de garantir a coordenação do cuidado a partir da APS

Com intuito de qualificar as ações de coordenação do cuidado, no primeiro mês de assunção do PMF, iniciou-se o processo de descentralização da inserção da solicitação de consultas com especialistas e exames complementares no sistema de regulação municipal possibilitando a incorporação da coordenação do cuidado na rotina das equipes e das unidades a partir de um Plano de Trabalho, o que facilitou o acompanhamento das solicitações e agendamentos pelo profissional solicitante com resolução de pendências em tempo real.

Como resultado observamos, conforme os diagramas abaixo, uma ampliação significativa do acesso às consultas de especialidade.

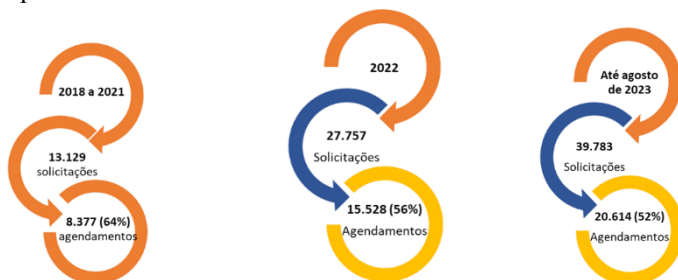


Figura 2 – Apresentação dos resultados de ampliação do acesso à consultas de especialidades em 2022 e 2023 no Município de Niterói (RJ).

6.6. Fortalecer a integração da APS com RAPS

Entendendo a importância de constituir laços entre a RAPS e a APS, a partir da entrada dos empregados públicos houve a indução e apoio às ações conjuntas de saúde e cidadania no território adscrito

dos módulos. Estas ações são eventos que ocorrem nos territórios e são realizados em conjunto com a redução de danos e os CAPS, além de ser articulado com a rede intersetorial (CRAS, CREAS, Direitos Humanos entre outros) e a própria equipe do PMF.

Além destas ações descritas anteriormente, há maior indução para presença das equipes da RAPS em territórios de uso de drogas para cuidado da população, sempre em conjunto com os ACS.

No que tange à comunicação, observa-se que as idas periódicas dos profissionais da RAPS às reuniões de equipe dos módulos, e vice e versa, auxiliaram, muito, na melhoria da comunicação entre os equipamentos, facilitando a troca de informações e compartilhamento dos casos. Com o objetivo de alcançar um maior número de profissionais, estruturou-se um cronograma de matriciamento da saúde mental por módulos do PMF onde toda a rede se une para compartilhar casos, discutir fluxos, auxiliar na resolução e compreensão de casos complexos e apoiar na compreensão acerca dos fatores que envolvem a saúde física e mental dos usuários acompanhados pelos serviços. Nestas reuniões, unem-se profissionais de referência por regional dos CAPS e dos ambulatorios de saúde mental.

Outras práticas seguem sendo estimuladas de modo a fomentar espaços compartilhados entre as redes de modo a integrar, ainda mais, as ações, como os fóruns regionais.

6.7. Apresentar e discutir, periodicamente, os resultados da assistência com os trabalhadores, cidadãos e gestão

Após a entrada nos territórios e processo de formação (que é constante e não se esgota), deu-se início ao período de realização do diagnóstico situacional da rede e do processo de territorialização junto às equipes. Este processo, que está em sua 2ª edição no ano de 2023, fomentou o entendimento quanto a história das unidades e do território, conhecimento do perfil sociodemográfico da população acompanhada, das demandas e necessidades de saúde dessa população, do mapeamento e identificação dos equipamentos e instituições presentes na região e que poderiam agregar no processo de cuidado dos usuários adscritos. O 2º ciclo do Diagnóstico Situacional está previsto para ser apresentado em novembro de 2023 e contará com a presença de representantes da população, da gestão e das equipes.

Há, ainda, a reestruturação e padronização dos colegiados gestores, com previsão de implantação para todos os módulos do PMF ainda no segundo semestre de 2023. A ideia principal é construir, em conjunto com as equipes da ponta e da gestão, um modelo único e institucionalizado que promova encontros periódicos, organizados e estruturados com a população e representantes de outros setores de modo a construir e discutir processos, implementar novas práticas e pactuar as responsabilidades de cada um, além de ser um espaço para discussão dos resultados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação das fundações estatais de saúde no Brasil enfrenta diversos dilemas. Um deles é o equilíbrio entre autonomia administrativa e controle governamental, visto que essas entidades buscam maior flexibilidade na gestão, mas ainda precisam prestar contas ao governo e à sociedade.

Outro dilema é o papel dos profissionais de saúde e sindicatos, que podem se preocupar com a possibilidade de mudanças nas condições de trabalho e benefícios. Além disso, a transição de modelos tradicionais para um formato de fundação pode gerar resistência por parte dos funcionários.

As estratégias abordadas nos tópicos anteriores que falam sobre os avanços e novas possibilidades de cuidado a partir da entrada da Fundação Estatal de Saúde de Niterói são apenas alguns exemplos de todos os esforços que são realizados, diariamente, com intuito de ampliar o acesso da população Niteroiense aos serviços de saúde e garantia de serviços de qualidade e com resolutividade para estes cidadãos.

Ressalta-se que muitas das ações realizadas diariamente, como a ampliação das equipes de saúde bucal e do acesso aos serviços odontológicos nos módulos, a indução e fomento à aplicação de múltiplas formas de cuidado, incluindo os cuidados no próprio território e não somente dentro das unidades de saúde e o aumento da transparência das atividades tanto para os empregados públicos quanto para a população já são, por si só, grandes conquistas para os municípios e para todos os trabalhadores empenhados em trazer mais saúde e qualidade de vida para a população de Niterói. É um trabalho árduo, diário, mas recompensador.

A melhoria na qualidade dos serviços, nas estruturas, na uniformização dos processos de trabalho, na garantia de insumos e materiais em quantidade e qualidade suficientes, tanto na avaliação dos indicadores quanto na percepção dos próprios moradores de Niterói tem sido monitorados sistematicamente pela gestão. Com 1 ano e 6 meses de assunção das unidades de saúde com os empregados públicos, são observadas muitas mudanças e avanços positivos e esperamos avançar ainda mais nos próximos anos de atuação da Fundação na gestão dos serviços de saúde da cidade.

Nesse sentido, o desafio da FeSaúde passa pelo avanço na sustentação de seus mecanismos jurídico-institucionais na área da saúde, que envolve tanto a análise das possibilidades de arranjos nos contratos de gestão, seu estabelecimento como um instituto de ciência e tecnologia, assim como, a avaliação na capacidade de respostas na redução das desigualdades de acesso e atenção à saúde suas formas de controle e participação social que afirme sua legitimação como modelo de gestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Projeto Fundação Estatal – Perguntas e Respostas / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão – Brasília: MP, 2007.

FILHO, J.B; FRANCO, T.B. O processo de construção da Fundação Estatal de Saúde da Bahia. Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva. 26 [1]: 63-86, Rio de Janeiro, 2016.

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI – RELATÓRIOS CIRCUNSTANCIADOS 2020, 2021, 2022.

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI – Memorial FeSaúde 2021.

IBANEZ, N., VECINA, G. Modelos de Gestão e o SUS. Ciência e Saúde Coletiva 12 (supl.),2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700006>.

LIMA, Pedro Gilberto Alves de. A supervisão teórico metodológica no programa médico de família (PMF) de Niterói/RJ: um estudo de caso em abordagem narrativa - 2021. 86 f

PAES, José Eduardo Sabo: Fundação Pública instituída pelo Poder Público com Personalidade Jurídica de Direito Privado. Revista do Ministério Público do Distrito Federal, n.04. Brasília, 2010.

Plano Niterói Que Queremos 2013-2033 - Portal <https://planoniteroiququeremos.com.br/eficiente-e-comprometida>.

Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói – Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

Prefeitura Municipal de Saúde de Niterói – Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

SILVA V.M.; LIMA, S.M.L; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social.

Revista Saúde em Debate. V. 39, N. ESPECIAL, P. 145-159, Rio de Janeiro, dezembro, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá

outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação das equipes de Consultório na Rua (eCR) aos diferentes tipos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2012..

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Consultório na Rua (eCR). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 3º Ciclo. MANUAL INSTRUTIVO PARA AS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA E NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015-2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 3º Ciclo. 1ª lista de certificação, Portaria 2.777, de 04 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 3º Ciclo. 2ª lista de certificação, Portaria MS Nº 874, de 10 de maio de 2019.

RIO DE JANEIRO. Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde: Manual Instrutivo. Versão preliminar. Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado do Rio de Janeiro, junho de 2019.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 6.232, de 13 de agosto de 2020. Estabelece os critérios e valores do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) para o ano

de 2020. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 14 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 6.233, de 13 de agosto de 2020. Pactua o componente desempenho do Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PREFAPS) e seu rol de indicadores e metas. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.263, de 11 de dezembro de 2019. Estabelece o elenco de incentivos para ações estratégicas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 169, de 31 de janeiro de 2020. Define os valores do financiamento per capita referentes à capitação ponderada no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 172, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que apresentam manutenção ou aumento dos valores a serem transferidos conforme as regras de transição do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 173, de 31 de janeiro de 2020. Dispõe sobre os municípios que sofrerão diminuição dos valores

financeiros a serem transferidos em função da aplicação das regras de transição do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 29, de 16 de abril de 2020. Dispõe sobre o procedimento de registro das equipes de Atenção Primária e Saúde da Família no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no contexto do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.740, de 10 de julho de 2020. Institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e ao Distrito Federal para fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da COVID-19. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 42, de 16 de julho de 2020. Define os municípios com suspensão temporária da transferência dos incentivos financeiros referentes às equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.839, de 27 de julho de 2020. Habilita leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.713, de 6 de outubro de 2020. Prorroga incentivos financeiros federais referentes às equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no contexto da emergência de saúde pública decorrente da COVID-19. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 17 de maio de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2021.

CONSIDERAÇÕES JURÍDICAS SOBRE O REGIME DE PESSOAL DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE

LEGAL CONSIDERATIONS ON THE LABOR REGIME OF THE PUBLIC HEALTH FOUNDATION OF PRIVATE LAW

Eldo dos Santos Oliveira Júnior

Mestre em Justiça Administrativa pela Universidade Federal Fluminense (UFF).
Especialista em Advocacia Pública pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Graduado em Direito pela UFF. Advogado-Chefe da Fundação Estatal de Saúde de Maricá. E-mail: eldojunior@id.uff.br.

Resumo

O presente artigo se propõe a analisar o regime de pessoal da fundação estatal de saúde, de modo a delimitar o regime jurídico administrativo mínimo aplicável e a caracterizar a incidência do regime jurídico de direito privado sobre tal entidade integrante da Administração Pública Indireta. O artigo foi desenvolvido a partir da articulação entre a doutrina de diversos estudiosos do tema e a jurisprudência existente sobre a questão. Serão abordadas matérias afetas ao regime jurídico de pessoal, com enfoque na criação dos empregos públicos e na incidência do teto remuneratório fixado pela Constituição Federal, à luz da dicotomia Público-Privado e da insegurança jurídica que envolve a temática. Ao final, espera-se, no contexto da matéria, apresentar as possibilidades da utilização do direito privado pelas fundações públicas de direito privado, ressaltando possíveis impactos derivados da falta de um devido tratamento normativo sobre o tema.

Palavras-chave: Fundação Pública de Direito Privado, Regime de Pessoal, Criação de Empregos, Teto Remuneratório Constitucional.

Abstract

This article has, as its purpose, analyzing the personnel regime of the public foundation under private law, in order to delimit its minimum administrative legal regime and characterize the impact of the legal regime under private law on such an institute. The study develops by compiling the findings of various scholars who dedicate their studies on this subject, as well as the current legal understanding regarding this matter. Matters related to the legal regime will be addressed, focusing on the creation of public jobs and the incidence of the salary cap, in light of the Public-Private dichotomy and the legal uncertainty

surrounding the issue. In the end, it is expected, in the context of the matter, to present the possibilities of using private law by public foundations of private law, highlighting possible impacts arising from the lack of proper normative treatment on the topic.

Keywords: Public Foundation of Private Law, Employment Status, Job Requisition, Wage Ceiling.

1. INTRODUÇÃO

Na busca por introduzir na Administração Pública formas organizacionais¹ que favoreçam a eficiência, a celeridade e a desburocratização de serviços públicos de alto relevo constitucional – a exemplo da saúde –, a fundação pública de direito privado surge como um importante instrumento do Estado frente às diversas demandas sociais. Se comparada às pessoas jurídicas de direito público, o regime privado da fundação possibilita o dinamismo e a celeridade necessários aos serviços públicos que requerem agilidade, efetividade e eficiência para a consecução de seus fins.

Contudo, por integrar a Administração Pública Indireta, verifica-se, no âmbito do regime jurídico da fundação pública de direito privado, a incidência de normas tanto de direito privado quanto de direito público. Em que pese a personalidade jurídica de direito privado, a Constituição Federal – e também o Decreto-lei nº 200/67 – estabelece para as fundações estatais “um *regime administrativo mínimo*, equivalente ao das empresas estatais, que tem que ser observado” (SUNDFELD, 2009, p. 266).

Assim, o *regime de pessoal* destas entidades é marcado por intensa interação e embate entre o direito público e o direito privado, de modo que, frequentemente, o regime jurídico a elas aplicado se depara com um entrelaçado de normas advindas de ambos os ramos do Direito.

Nesse sentido, em que pese as relações de trabalho estabelecidas nas fundações públicas de direito privado se submeterem ao regime celetista – o que decorre, diretamente, da

¹ O jurista Adilson Abreu Dallari ressalta que a Administração Pública, na busca por uma atuação mais ágil e eficiente, encontrou no direito privado algumas formas organizacionais, tomando de empréstimo a figura da fundação (DALLARI, 1991, p. 202).

personalidade jurídica de direito privado –, tais entidades administrativas se sujeitam a determinadas normas de direito público de índole constitucional, a exemplo da regra do concurso público e da vedação de acumulação remunerada de cargos, empregos e funções.

A personalidade jurídica de direito privado, todavia, confere à fundação determinadas prerrogativas imprescindíveis para garantir o dinamismo e a celeridade inerentes aos serviços de saúde, possibilitando o aperfeiçoamento da gestão dos serviços públicos. Cita-se, como exemplo, os instrumentos que a fundação detém para a criação de empregos públicos e a possibilidade, diante da realidade mercadológica, de remunerar o seu pessoal para além do teto constitucional.

Portanto, o presente artigo se propõe a estudar o regime de pessoal da fundação pública de direito privado, de modo a delimitar o regime jurídico administrativo mínimo incidente sobre tais entidades, bem como a discorrer sobre a utilização de determinados instrumentos advindos da personalidade de direito privado a fim de garantir a devida consecução dos serviços de saúde.

O artigo foi dividido em três partes. A primeira parte dedica-se a uma contextualização do tema, delimitando-se as regras gerais sobre o regime de pessoal das fundações públicas de direito privado. A segunda parte promove considerações sobre a aplicação do direito administrativo sobre tais entidades, considerando a regra do concurso público e a vedação constitucional à acumulação de cargos, funções e empregos. Por fim, a terceira parte aborda sobre a criação dos empregos públicos e a possibilidade de se remunerar o pessoal para além do teto constitucional.

Ressalta-se que os instrumentos e as técnicas a serem utilizados no presente artigo se baseiam, notadamente, na pesquisa bibliográfica, na pesquisa documental e no estudo de casos.

No que tange à pesquisa bibliográfica, o trabalho se valerá dos ensinamentos de tradicionais administrativistas que se debruçaram sobre o tema, a exemplo de Carlos Ari Sundfeld, Maria Sylvia Zanella Di Pietro, Odete Medauar, Sergio de Andrea Ferreira, Adilson Abreu Dallari, Hely Lopes Meirelles, José Eduardo Sabo Paes, dentre outros estudiosos que acreditam na necessidade de uma releitura do Direito Administrativo pautado na reconstrução de institutos tradicionais da matéria, à luz do Direito Constitucional.

Sobre a jurisprudência, para fins de recorte institucional, levou-se em consideração a pertinência temática e a relevância decisória dos órgãos públicos. Nesse sentido, tem-se decisões do Supremo Tribunal Federal – notadamente, decisões no âmbito do controle concentrado e em sede de recurso extraordinário –, e do Tribunal Superior do Trabalho, principalmente, em razão das questões afetas ao regime de pessoal celetista das fundações governamentais. Utilizou-se, também, de manifestações das Cortes de Contas do país no que tange à discussão do regime de pessoal aplicável às entidades fundacionais de direito privado.

Por fim, ressalta-se que, apesar de a controvérsia aqui explorada não representar, propriamente, uma novidade no Direito brasileiro, as matérias que regem as fundações públicas de direito privado ainda causam inquietação na doutrina e na jurisprudência. Trata-se de tema que convida o operador do direito para uma reflexão sob a perspectiva de um Direito Administrativo moderno, aliado aos preceitos do Estado Constitucional de Direito.

2. O REGIME DE PESSOAL DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE

As relações de trabalho estabelecidas no âmbito das fundações públicas de direito privado se submetem ao regime celetista, fundamentado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (CARVALHO FILHO, 2020, p. 984). Ressalta-se que o regime celetista decorre, diretamente, da personalidade jurídica de direito privado, regime jurídico o qual pertence ao direito do trabalho (RODRIGUES, 1917, p. 09). Dessa forma, os empregados das fundações públicas de direito privado não se submetem ao regime estatutário, tendo em vista que o sistema de cargos e carreiras estatutários é adequado, tão somente, para as pessoas jurídicas de direito público integrantes da Administração Pública, a exemplo das autarquias e das fundações públicas de direito público (CARVALHO FILHO, 2020, p. 984). Assim, cada fundação pública de direito privado “dispõe de estrutura administrativa própria, internamente hierarquizada, possuindo quadro próprio de pessoal, que não se confunde com o pessoal da Administração Direta” (MEDAUAR, 2018, p. 74).

É importante reforçar, portanto, que as fundações públicas de direito privado não se submetem ao Regime Jurídico Único (RJU), disposto na redação original do art. 39 da Constituição Federal², tendo em vista que o RJU se aplica, tão somente, às pessoas jurídicas de direito público. Nesse sentido, elucida Maria Sylvia Zanella Di Pietro:

O entendimento que temos defendido é no sentido de que o Regime Jurídico Único, instituído pelo art. 39 da Constituição de 1988 (extinto pela Emenda Constitucional 19/98, mas restabelecido por força da medida cautelar concedida, em 2 de agosto de 2007, na ADI 2.135) somente alcança as fundações estatais que sejam criadas com personalidade jurídica de direito público. O Estado tem a opção de instituir fundações com personalidade de direito público ou privado. Na primeira hipótese, a fundação tem precisamente o mesmo regime jurídico das autarquias, sendo, por isso mesmo, chamadas de autarquias fundacionais. É a elas que a Constituição faz referência no art. 39 e também no art. 19 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, quando fala em fundações públicas. Essa interpretação é coerente com o intuito do legislador constituinte, que somente quis estender o Regime Jurídico Único e a estabilidade excepcional prevista nas disposições transitórias aos servidores que integram a administração direta, as autarquias e as fundações públicas, ou seja, aos servidores que têm vínculo com pessoas jurídicas de direito público. Todos têm um traço em comum, o que justifica tratamento isonômico pela Constituição. Essa interpretação é coerente com o princípio segundo o qual “onde existe a mesma razão deve reger a

² Constituição Federal. Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas. (Vide ADI nº 2.135)

mesma disposição legal” (*ubi eadem est ratio, eadem est jus dispositio*). A *contrario sensu*, os servidores que têm vínculo com fundações de direito privado não foram alcançados pelos referidos dispositivos constitucionais, exatamente pela diversidade de regime a que se submetem (SANTOS, 2009. p. 77-78).

O Supremo Tribunal Federal (STF), na ocasião do julgamento da ADI 4.247/RJ, reforçou que o regime celetista das fundações públicas de direito privado não se confunde com o Regime Jurídico Único previsto no art. 39, *caput*, da Constituição Federal (CRFB) e que, portanto, “a querela acerca da necessidade ou não de a Administração observar tal regime, bem como sobre sua natureza ou extensão, direciona-se às pessoas jurídicas de direito público” (BRASIL, 2020, p. 3).

O regime celetista a ser aplicado no âmbito das fundações públicas de direito privado tem ainda como característica: i) a vinculação do empregado com a fundação por meio de contrato de trabalho; ii) a competência para o processamento e julgamento das ações oriundas das relações de trabalho entre as fundações e seus empregados ser da Justiça do Trabalho³, conforme disposto no art. 114, I, da Constituição Federal⁴; iii) a vinculação previdenciária ser firmada com o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e não com o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS). José Eduardo Sabo Paes (2009, p. 150) ainda observa que os empregados públicos são

³Nesse sentido, é importante ressaltar que, segundo o Supremo Tribunal Federal, em regra, compete à Justiça Comum processar e julgar controvérsias relacionadas à fase pré-contratual de seleção e de admissão de pessoal e eventual nulidade do certame em face da Administração Pública, direta e indireta, nas hipóteses em que adotado o regime celetista de contratação de pessoal, salvo quando a sentença de mérito tiver sido proferida antes de 6 de junho de 2018, situação em que, até o trânsito em julgado e a sua execução, a competência continuará a ser da Justiça do Trabalho (Tema 992 da Tese de Repercussão Geral do STF). Isso porque não existe relação de trabalho na fase pré-contratual apta a atrair a competência da Justiça do Trabalho, prevalecendo, portanto, o caráter Público (administrativo) do certame público.

⁴Constituição Federal. Art. 114. Compete à Justiça do Trabalho processar e julgar: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004) I as ações oriundas da relação de trabalho, abrangidos os entes de direito público externo e da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).

beneficiários de acordo coletivo de trabalho, do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e têm plano de carreira, emprego e salários próprios.

Contudo, ainda que tais fundações estejam submetidas ao regime celetista, aplicam-se aos seus empregados, princípios e regras advindos do regime de direito público, advindos da Constituição Federal. Assim, verifica-se, no âmbito das fundações públicas de direito privado, a necessidade de prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos⁵ antes da contratação dos empregados⁶, bem como a vedação à acumulação de cargos e empregos⁷ (BRASIL, 1988⁸) (CARVALHO FILHO, 2020, p. 984). Além disso, os empregados públicos enquadram-se no conceito de funcionário público para fins de aplicação do art. 327 do Código Penal e dos arts. 1º e 2º da Lei de Improbidade Administrativa (Lei nº 8.429, de 1992) (SUNDFELD, 2009, p. 289).

⁵Sobre o tema, o Tribunal de Contas da União (TCU) editou o Enunciado da Súmula nº 231, que reforça o entendimento exposto, a ver: “Enunciado da Súmula nº 231, TCU. A exigência de concurso público para admissão de pessoal se estende a toda a Administração Indireta, nela compreendidas as Autarquias, as Fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, as Sociedades de Economia Mista, as Empresas Públicas e, ainda, as demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, mesmo que visem a objetivos estritamente econômicos, em regime de competitividade com a iniciativa privada”.

⁶Constituição Federal. Art. 37 [...] II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

⁷No mesmo sentido, Hely Lopes Meirelles: “*As proibições de acumulação remunerada de cargos, emprego ou função* atingem os servidores das fundações, nos expressos termos dos incisos XVI e XVII do art. 37 da CF” (MEIRELLES, 2013, p. 392).

⁸Constituição Federal. Art. 37 [...] XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

3. APLICAÇÃO DO DIREITO ADMINISTRATIVO MÍNIMO: A REGRA DO CONCURSO PÚBLICO E A VEDAÇÃO DA ACUMULAÇÃO DE CARGOS, FUNÇÕES E EMPREGOS

Por integrar a Administração Pública Indireta, verifica-se, no âmbito do regime jurídico da fundação pública de direito privado, a incidência de normas de direito privado e de direito público. A partir desta dicotomia público-privado, faz-se possível extrair o chamado *regime jurídico administrativo mínimo*, que compreende, justamente, o conjunto de disposições constitucionais que compõe o núcleo comum aplicável a todos os órgãos e entes que integram a estrutura administrativa do Estado (SUNDFELD, 2009, p. 272).

Em decorrência direta deste *regime jurídico administrativo*, aplica-se o postulado do concurso público no âmbito da fundação pública de direito privado (art. 37, II, da CRFB). Assim, o ingresso do empregado no quadro de pessoal da fundação pública de direito privado depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do emprego, conforme prevê o art. 37, II, da Constituição Federal. A exigência constitucional de concurso público para a seleção de pessoal é consequência direta dos princípios da impessoalidade, moralidade, igualdade e eficiência.

É importante ressaltar que, ao contrário do que ocorre com os servidores estatutários, os empregados públicos, ainda que submetidos à regra do concurso público, não gozam da estabilidade prevista no art. 41, da Constituição Federal⁹, devendo a sua dispensa ser, contudo, motivada, assegurado o contraditório e a ampla defesa. Sobre o tema, o Supremo Tribunal Federal fixou, como Tese de Repercussão Geral (Tema 131 – Despedida imotivada de empregados de Empresa Pública), que “a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – ECT tem o dever jurídico de motivar, em ato formal, a demissão de seus empregados”. (BRASIL, 2018, p. 02).

Além disso, a Suprema Corte entendeu que a estabilidade especial prevista no art. 19 do Ato das Disposições Constitucionais

⁹Constituição Federal. Art. 41. São estáveis após três anos de efetivo exercício os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

Transitórias (ADCT)¹⁰ – que prevê que os servidores públicos dos entes federados da administração direta, autárquica e das fundações públicas, em exercício na data da promulgação da Constituição há pelo menos cinco anos continuados, e que não tenham sido admitidos na forma regulada no art. 37, II, da Constituição, são considerados estáveis no serviço público – não se estende aos empregados das pessoas jurídicas de direito privado integrantes da Administração Pública. Nesse sentido, o STF, apreciando o tema 545 da repercussão geral¹¹, por maioria, fixou a seguinte tese:

A estabilidade especial do art. 19 do ADCT não se estende aos empregados das fundações públicas de direito privado, aplicando-se tão somente aos servidores das pessoas jurídicas de direito público.
(BRASIL, 2019).

Portanto, a estabilidade especial prevista no art. 19 do ADCT não se aplica aos empregados das fundações públicas de direito privado.

É importante reforçar, contudo, que a própria norma constitucional excepciona a regra do concurso público para o exercício de emprego comissionado ou função de confiança, bem como para a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público – prevista no

¹⁰ Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Art. 19. Os servidores públicos civis da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da administração direta, autárquica e das fundações públicas, em exercício na data da promulgação da Constituição, há pelo menos cinco anos continuados, e que não tenham sido admitidos na forma regulada no art. 37, da Constituição, são considerados estáveis no serviço público.

¹¹ Sobre o julgado, José dos Santos Carvalho Filho pondera que “Não obstante, ainda há certa complexidade, como vimos, para caracterizar a entidade denominada “função pública” como de direito público ou de direito privado. No concernente a certa função pública, decidiu-se que não se aplicava a estabilidade especial prevista no art. 19 do ADCT da CF a empregado admitido antes dos cinco anos exigidos nesse dispositivo, fundando-se a decisão no fato de que se tratava de função pública de direito privado, não incluída na expressão “funções públicas” contida no citado artigo”. (CARVALHO FILHO, 2020, p. 984/985).

art. 37, IX¹², da CRFB –, caso em que a lei poderá determinar a realização de processo seletivo simplificado (MEDAUAR, 2018, p. 75).

Assim, verifica-se nas fundações públicas de direito privado o *emprego público em comissão*¹³. É importante ressaltar que o emprego público em comissão – assim como o cargo comissionado nas entidades de direito público – relaciona-se, exclusivamente, com as atribuições de direção, chefia e assessoramento (BRASIL, 1988, art. 37, II) e, portanto, é ocupado por agentes públicos contratados e demitidos (*ad nutum*) livremente pela autoridade competente. Portanto, a contratação dos empregados em comissão não depende da realização de concurso público.

No que tange à acumulação remunerada de cargos públicos, o art. 37, XVI, da Constituição Federal¹⁴ prevê que, como regra, ela é vedada, exceto quando houver compatibilidade de horários – e observada a regra do teto remuneratório –, no caso i) de dois cargos de professor; ii) de um cargo de professor com outro técnico ou científico; iii) de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas. Sobre o assunto, o art. 37, XVII, da CRFB dispõe:

Art. 37. [...]

¹²Constituição Federal. Art. 37 [...] IX - a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público; (Vide Emenda constitucional nº 106, de 2020).

¹³Sobre a figura do “emprego público em comissão”, faz-se importante ressaltar que existe certa polêmica sobre a aceitação de tal figura jurídica. Segundo Lenir Santos e Valéria Alpino Bigonha Salgado, “os conceitos de cargo efetivo e cargo em comissão são restritos a órgãos e entidades de direito público” (SANTOS, SALGADO, 2009, p. 354). Contudo, sobre o assunto, o Tribunal Superior do Trabalho já se manifestou sobre a possibilidade de se instituir o *emprego público em comissão* no julgamento do Recurso de revista AIRR-567- 67.2013.5.10.0003. (BRASIL, 2016).

¹⁴Constituição Federal. Art. 37 [...] XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) a) a de dois cargos de professor; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 34, de 2001).

XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (BRASIL, 1988).

Assim, a regra da vedação da acumulação se estende a empregos e a funções das fundações públicas de direito privado.

4. PRERROGATIVAS ADVINDAS DO REGIME JURÍDICO PRIVADO NA QUESTÃO DE PESSOAL

Em que pese a fundação pública de direito privado sujeitar-se a determinadas normas de direito público – a exemplo da regra do concurso público e da vedação de acumulação remunerada de cargos, empregos e funções –, a personalidade jurídica de direito privado confere à fundação determinadas prerrogativas imprescindíveis para garantir o dinamismo e a celeridade inerentes aos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, faz-se importante destacar duas prerrogativas que imprimem celeridade às fundações públicas de direito privado: a criação de empregos públicos por meio de ato normativo interno e a possibilidade, diante da realidade mercadológica, de remunerar o pessoal para além do teto constitucional.

4.1. O ato de criação dos empregos públicos das fundações estatais de saúde

Diferentemente do que ocorre com os cargos públicos da Administração Pública Direta e das autarquias – que dependem de lei específica para a criação dos cargos, funções e empregos públicos, bem como para o aumento de sua remuneração – os empregos públicos das pessoas jurídicas de direito privado da Administração Pública Indireta podem ser criados por meio de ato normativo interno regularmente editado (MAURITY, 2021, p. 20).

A possibilidade de se criar empregos públicos por meio de atos normativos internos da fundação é imprescindível para que se

possa conferir o dinamismo e a celeridade necessários à prestação dos serviços de saúde, tendo em vista a desnecessidade dos trâmites perante o Poder Legislativo que decorrem da edição de lei específica.

Nesse sentido, ressalta-se que a exigência de lei específica está atrelada, tão somente, aos postos da Administração Pública Direta e das entidades de direito público da Administração Pública Indireta (CRFB, art. 48, X, c/c art. 61, §1º, II, 'a'¹⁵), de modo que os empregos públicos no âmbito das pessoas administrativas de direito privado¹⁶ – fundações públicas de direito privado, empresas públicas e sociedades de economia mista – são criados por atos normativos internos dessas entidades, conforme disposto nos respectivos atos constitutivos (FERREIRA, 2002, p. 408). Nesse sentido, sustenta Carlos Ari Sundfeld que a organização do quadro de pessoal da fundação pública de direito privado

não é feita por lei, pois a *reserva de lei* existe apenas para a criação de cargos, empregos ou funções de *entidades de direito público*, isto é, Administração Direta e autarquias, nelas incluídas as fundações autárquicas (CF, art. 48, X, c/c art. 61, §1º, II, a, este último expresso ao limitar essa reserva aos postos da Administração Direta e autárquica). Assim, o quadro será estabelecido pelo órgão de administração interna que receber do estatuto tal competência. (SUNDFELD, 2009, p. 289-290).

¹⁵Constituição Federal. Art. 48. Cabe ao Congresso Nacional, com a sanção do Presidente da República, não exigida esta para o especificado nos arts. 49, 51 e 52, dispor sobre todas as matérias de competência da União, especialmente sobre: [...] X - criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas, observado o que estabelece o art. 84, VI, b; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, de 2001). Art. 61. [...] § 1º São de iniciativa privativa do Presidente da República as leis que: [...] II – disponham sobre: a) criação de cargos, funções e empregos públicos na administração direta e autárquica ou aumento de sua remuneração. (BRASIL, 1988)

¹⁶Importante, neste momento, trazer as ponderações dos juristas Carlos Ari Sundfeld e Rodrigo Pagani de Souza, a ver: “Aliás, há justamente o contrário: a Constituição da República, bem se vê, exige lei apenas para os postos da administração direta e das entidades de direito público, de tal sorte que o seu silêncio, quanto às demais situações, é eloquente, isto é, tem o propósito deliberado de excluí-las da exigência ali consubstanciada”. (SUNDFELD; SOUZA, 2006, p. 38).

No âmbito da jurisprudência, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) também já se manifestou pela desnecessidade de lei para a criação de empregos em comissão nas empresas estatais – o que, pela natureza jurídica, pode-se, perfeitamente, se estender para a fundação pública de direito privado –, bastando, para tanto, ato normativo interno regularmente editado da instituição, a ver:

Ora, se há na Carta de 1988 previsão de existência de cargos públicos comissionados para a Administração direta e autárquica (ambiente em que a atuação do Estado não requer o dinamismo caracteriza o regime de competitividade e de livre concorrência ao qual submetidas as empresas privadas e as estatais), e se se depreende do texto constitucional a desnecessidade de edição de lei para preenchimento dos empregos públicos nos entes empresariais do Estado, é de se concluir, sobretudo à luz do art. 173, § 1º, II, da CF, que é possível a criação de empregos públicos comissionados sem a instauração de processo legislativo. Não parece razoável supor que a Constituição Federal, ao silenciar sobre os requisitos para a criação de empregos públicos comissionados, tenha desautorizado a atuação mais flexível das sociedades empresárias do Estado ou que, no máximo, tenha permitido a adoção do regime mais austero aplicável à Administração direta e autárquica (com a igual exigência de lei para criação de postos de trabalho para funções de chefia, assessoramento e direção). Tal interpretação do art. 61, § 1º, II, “a”, não é compatível com a norma inserta no art. 173, § 1º, II, da Constituição Federal. Portanto, não se exige lei para a criação de empregos públicos comissionados, bastando que tais postos de trabalho sejam destinados às funções de chefia, direção e assessoramento (tal como disposto no inciso V do art. 37 da Constituição Federal) e que sejam criados mediante ato normativo interno regularmente editado. [...] (BRASIL, 2016).

No mesmo sentido, o Tribunal de Contas de São Paulo (TCESP) (Processo TC-000406/015/09), quando da análise da questão de pessoal da Fundação Dracenense de Educação e Cultura, reconheceu que a Constituição Federal não exige lei específica para a criação de empregos públicos nas fundações de direito privado¹⁷:

2.2 [...] questiona-se nos autos a ausência de lei de criação dos cargos existentes no quadro de pessoal da Fundação. O documento de fl. 28 revela que a criação de cargos sempre foi tratada e autorizada em reuniões do Conselho de Curadores da Fundação Dracenense de Educação e Cultura, que, por sua vez, dá amplos poderes ao Diretor Executivo da entidade “para praticar todos os atos necessários à boa administração, incluída a criação de cargos (empregos públicos). [...] Acontece que, na verdade, apesar de não constar na legislação constitucional a exigência de lei para a criação de cargos públicos em fundações, assiste razão à Equipe de Fiscalização ao apontar a ausência de norma específica para tanto, oriunda do Poder Executivo instituidor. A Constituição do Estado de São Paulo, em seu artigo 47, inciso XII, prevê que a criação de cargos para as fundações instituídas ou mantidas pelo poder público deve ser efetivada através de decreto editado pelo Chefe do Executivo, conforme os seguintes termos [...] (BRASIL, 2012, p. 03).

É importante registrar que, segundo o art. 37, XIX, da CRFB, as entidades de direito privado integrantes da Administração Pública Indireta não são criadas, mas autorizadas por lei, e a criação

¹⁷ No caso, o TCE/SP reconheceu que a Constituição Federal não exige lei específica para a criação de empregos públicos nas fundações públicas de direito privado. Contudo, no caso concreto, a Corte de Contas apontou a exigência disposta na Constituição do Estado de São Paulo, no sentido de que a criação de empregos para as fundações estaduais deveria se dar por meio de decreto editado pelo Chefe do Poder Executivo.

efetiva de tais entidades ocorre, portanto, com a inscrição da escritura pública de constituição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas (BRASIL, 1967, art. 5º, §3º). Nesse sentido, Rafael Oliveira observa que, “se essas entidades são instituídas por atos infralegais e recebem organização de direito privado, é razoável concluir que os respectivos empregos sejam criados por atos internos” (OLIVEIRA, 2021, p. 1262).

Sobre o assunto, Soraya Noura Y. Maurity ainda pondera que, diante do art. 169, §1º, II, da Constituição Federal¹⁸ – que dispõe, em linhas gerais, sobre a despesa com pessoal ativo e inativo e pensionistas dos entes federativos –, estaria claro que, quando o art. 48, X, da Constituição Federal estabelece que o Congresso Nacional deverá dispor sobre a criação de empregos (nas fundações públicas de direito privado), “está se referindo à aprovação da despesa na Lei de Diretrizes Orçamentárias e não à criação dos empregos por meio de lei específica” (MAURITY, 2021, p. 20).

Dessa forma, conclui-se que a organização do quadro de pessoal das fundações públicas de direito privado não é feita por meio de lei, mas por atos normativos internos dessas entidades, tendo em vista que a reserva legal existe, tão somente, para a criação de cargos, empregos e funções de entidades administrativas de direito público.

Trata-se, portanto, de importante instrumento para que se possa conferir o dinamismo e a celeridade necessários à saúde, possibilidade esta que se insere, tão somente, no âmbito das pessoas jurídicas de direito privado da Administração.

Por fim, em que pese a desnecessidade de lei para a criação de empregos no âmbito das fundações públicas de direito privado, deve-se observar, na criação de tais postos de trabalho, as regras

¹⁸ Constituição Federal. Art. 169. A despesa com pessoal ativo e inativo e pensionistas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não pode exceder os limites estabelecidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 109, de 2021) § 1º A concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, a criação de cargos, empregos e funções ou alteração de estrutura de carreiras, bem como a admissão ou contratação de pessoal, a qualquer título, pelos órgãos e entidades da administração direta ou indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público, só poderão ser feitas: (Renumerado do parágrafo único, pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (Vide Emenda constitucional nº 106, de 2020) [...] II - se houver autorização específica na lei de diretrizes orçamentárias, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

constantes nos atos constitutivos da entidade, bem como deve-se assegurar a devida adequação orçamentária e financeira.

5. TETO REMUNERATÓRIO E A REMUNERAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DAS FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO

O Prefeito do Município de Mirim Doce, localizado no Estado de Santa Catarina (SC), formulou Consulta¹⁹ perante o Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE-SC), a qual informou, dentre outras questões, a dificuldade de contratação do Médico integrante da equipe de saúde do Programa de Saúde da Família – PSF tendo em vista a falta de atratividade remuneratória, que é limitada ao subsídio do Prefeito Municipal. Segundo a Consulta, existiria uma grande dificuldade, por parte do Município, de contratação de Médicos, uma vez que o Município é pequeno, e a remuneração, balizada pelo teto remuneratório do Prefeito, não é atrativa. Assim, questionou-se a possibilidade de superação do teto para a contratação dos referidos médicos.

O caso narrado é recorrente na realidade brasileira, em que a Administração Pública encontra dificuldade de remunerar os profissionais de saúde – em paridade com a realidade mercadológica do setor privado – diante das regras advindas do direito público, a exemplo do teto constitucional.

Sobre o tema, o art. 37, inciso XI, da Constituição Federal, estabeleceu limites remuneratórios para os agentes públicos, com o objetivo de moralizar o gasto com pessoal no serviço público e garantir controle, eficiência e proteção ao erário. Assim, o dispositivo constitucional estabeleceu um teto geral – consistente no subsídio mensal dos Ministros do Supremo Tribunal Federal –, bem como subtetos referentes aos entes federativos e aos poderes da União, a ver:

Art. 37. [...]

¹⁹ Trata-se da Consulta nº 05/00173222, processo advindo do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. UG/CLIENTE: Prefeitura Municipal de Mirim Doce. INTERESSADO: Henrique Peron - Prefeito Municipal de Mirim Doce. ASSUNTO: Termo de Parceria com OSCIP para execução dos Programas PACS e PSF. PARECER N.º: GC-OGS/2007/040. Conselheiro: Otávio Gilson dos Santos. Data do voto: 09 de abril de 2007.

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; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, 19.12.2003) (BRASIL, 1988).

Conforme se depreende do dispositivo, o legislador constituinte optou por estabelecer uma redação ampla, vinculando ocupantes de cargos, funções e empregos públicos da Administração Pública Direta, autárquica e fundacional, membros de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, detentores de mandato eletivo e demais agentes políticos.

Contudo, em que pese a regra do teto constitucional, a própria Constituição Federal estabeleceu, expressamente, exceção referente às empresas públicas, às sociedades de economia mista e suas subsidiárias. Nesse sentido, segundo o art. 37, §9º, da Constituição Federal – incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de

1998 –, a regra do teto constitucional aplica-se, tão somente, às empresas públicas e às sociedades de economia mista, e suas subsidiárias, que receberem recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, ou dos Municípios, para pagamento de despesas de pessoal ou de custeio em geral, a ver:

Art. 37. [...]

§9º O disposto no inciso XI aplica-se às empresas públicas e às sociedades de economia mista, e suas subsidiárias, que receberem recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios para pagamento de despesas de pessoal ou de custeio em geral. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (BRASIL, 1988).

Assim, conforme se depreende do dispositivo constitucional, as empresas estatais que não recebem recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, ou dos Municípios para pagamento de despesas de pessoal ou de custeio em geral não se sujeitam à referida limitação. Em outras palavras, se receberem recursos públicos para o pagamento de despesas de pessoal ou de custeio em geral, serão consideradas estatais dependentes e, por isso, sujeitas ao teto remuneratório constitucional. Caso contrário, serão empresas estatais independentes e, como tal, podem remunerar seu pessoal com valores que extrapolem os recebidos pelas autoridades descritas no art. 37, XI, da Constituição Federal.

Dessa forma, a Constituição Federal não faz qualquer ressalva com relação às fundações públicas de direito privado, limitando-se a tratar de forma genérica – assim como o faz ao longo de todo o seu texto – a aplicação da regra às fundações em geral. Portanto, interessa-nos tratar acerca das fundações públicas de direito privado.

Rafael Carvalho Rezende Oliveira entende que, dentre as derrogações constitucionais que se aplicam a fundações públicas de direito privado, tem-se o teto remuneratório (OLIVEIRA, 2021, p. 276-277).

Esse é o entendimento que também se verifica na jurisprudência nacional. A Quinta Turma do Tribunal Superior do

Trabalho decidiu, por maioria, em acórdão de 10 de março de 2021, que a Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), de Aracaju (SE), procedeu de forma lícita ao descontar do salário de um médico os valores que excedem o teto constitucional. Segundo o julgado, a FHS – fundação pública de direito privado que presta serviços de saúde no Estado –, se submete à regra que limita a remuneração, no âmbito do Poder Executivo estadual, ao subsídio mensal do governador. A Turma ainda aduziu da seguinte forma:

Na hipótese, o reclamante foi contratado como médico pela Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, fundação pública de direito privado, integrante da Administração Pública Indireta, que presta serviços de saúde no Estado de Sergipe, estando, portanto, sujeita aos ditames dos princípios constitucionais norteadores da Administração Pública, previstos no *caput* do art. 37 da Constituição Federal, quais sejam: a legalidade, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade e a eficiência. Considerando, portanto, se tratar de fundação que, embora regida por direito privado, presta serviços e políticas voltadas à consecução do direito fundamental à saúde estadual, desempenhando, por conseguinte, típica atividade de Estado, conforme previsão nos arts. 5º e 196 e seguintes da Constituição Federal, tem incidência a limitação do teto remuneratório de que trata o inciso XI do art. 37 da Constituição Federal. (Brasil, 2021, p. 21).

Contudo, diante da realidade prática, ressalta-se que muitos Municípios – em especial – encontram extrema dificuldade de contratar determinados profissionais de saúde, considerando o teto remuneratório municipal – pouco atrativo e, por vezes, não condizente com a realidade mercadológica – somada a outros fatores, como por exemplo, a sua localização e estrutura deficitária. Assim, o desinteresse do profissional acaba por comprometer a saúde pública da população em face da impossibilidade de preenchimento das vagas ofertadas.

Trata-se de uma verdadeira colisão de princípios constitucionais: de um lado, o princípio da moralidade administrativa, previsto no art. 37, XI, da Constituição Federal, e de outro, o princípio da saúde, previsto no art. 6º e 196 da Constituição. Assim, ou se respeita o limite remuneratório municipal e não se contrata o profissional de saúde; ou se contrata o médico e não se respeita o limite remuneratório municipal.

Diante da problemática apresentada, a fundação pública de direito privado pode surgir como um importante instrumento a justificar a transposição da barreira do teto constitucional. Isso porque, à semelhança do tratamento aplicável às empresas estatais pelo §9º do art. 37 da Constituição Federal, há quem entenda pela necessária distinção do tratamento jurídico ofertado à fundação pública de direito privado *dependente* e *não dependente*. Sobre o assunto, Carlos Ari Sundfeld entende que:

As fundações governamentais privadas “que recebem do ente controlador recursos financeiros para pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral ou de capital” devem, contudo, ser entendidas como *fundações dependentes*, à semelhança do que ocorre com as empresas estatais na mesma situação (Lei Complementar nº 101, de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal, art. 1º, §3º, I, b, c/c art. 2º, II). Nesse caso, ficarão sujeitas aos limites e controles da Lei de Responsabilidade Fiscal e aos limites à remuneração de pessoal previstos no art. 37, XI, da Constituição, por força do §9º do mesmo artigo. Observados esses limites, a lei instituidora da fundação pode autorizá-la a praticar uma política salarial própria, sem estar vinculada aos planos de cargos e salários do restante da Administração federal, pois não há norma constitucional que imponha uniformidade quanto a essa política, e a autonomia quanto a isso é coerente com a submissão às “condições de funcionamento idênticas às do setor privado” (SUNDFELD, 2009, p. 296-297).

Segundo o supracitado autor, a lei instituidora da fundação *dependente* poderia autorizá-la a praticar uma política salarial própria, sem estar vinculada aos planos de cargos e salários do restante da Administração federal, pois não há norma constitucional que imponha uniformidade quanto a essa política, e a autonomia quanto a isso é coerente com a submissão às condições de funcionamento idênticas às do setor privado. Contudo, a fundação estatal *dependente* estaria sujeita ao teto remuneratório constitucional.

Por outro lado, no que tange às fundações estatais *não dependentes*, haveria a possibilidade de, neste caso, remunerar seu pessoal com valores que ultrapassem o teto remuneratório constitucional.

Tal posicionamento, ainda minoritário, fundamenta, inclusive, o Parecer 1.025 – 3.26/2013/TLC/CONJUR/MP-CGU/AGU –, que, relativamente à Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (FUNPRESP-EXE), fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, entendeu o seguinte:

I - A FUNPRESP-EXE é uma fundação pública, com personalidade jurídica de direito privado e ostenta regime jurídico híbrido (regime privado, parcialmente derogado por regras de direito público), aproximando-se, no que concerne à regra do teto remuneratório constitucional, do regramento constitucional ao qual se submetem as empresas públicas e sociedades de economia mista (art. 37, § 90, da Constituição Federal). Em razão disso, a incidência do limite remuneratório dependerá do fato de a fundação pública receber ou não recursos públicos para o pagamento de pessoal ou custeio em geral.

II - Considerando-se a forma em que a Funpresp-Exe foi juridicamente concebida e estrutura pelo Poder Público, sem onerar o Tesouro Nacional, conclui-se que se trata de fundação pública de direito privado independente e, por isso, não se submete ao

teto remuneratório constitucional, nos termos do art. 37, § 9º, da Constituição Federal.

III - A fixação da remuneração dos membros da Diretoria Executiva da Funpresp-Exe deverá observar o teto constitucional do serviço público, não em razão do art. 37, inciso XI, da Constituição Federal, mas sim por força da restrição prevista no art. 5º, parágrafo 8º, da Lei n.º 12.618/2012. [...] (BRASIL, 2021, p. 04).

Contudo, o Tribunal de Contas da União (TCU), por meio do acórdão nº 1036/2021 TCU (Plenário), ao analisar o referido Parecer, bem como os argumentos apresentados pela FUNPRESP-EXE, entendeu de forma diversa:

No que se refere ao § 9º, do art. 37 da Constituição Federal, a redação do dispositivo trata apenas de empresas públicas e sociedades de economia mista e não faz referência a fundações públicas de direito privado, como é o caso da Funpresp-Exe. Portanto, a mera interpretação a contrário sensu desse mandamento não autoriza a não observância do teto constitucional pela Fundação, visto que a redação da norma sequer menciona essa categoria de entidade. (BRASIL, 2021, p. 15).

Segundo a interpretação do TCU, se o legislador constituinte optou por se referir, tão somente, às empresas estatais para fazer a distinção em relação à aplicação do teto remuneratório constitucional, não cabe ao intérprete incluir as fundações públicas de direito privado, ainda que componham o rol de pessoas jurídicas de direito privado integrantes da Administração Pública Indireta.

Dessa forma, segundo o Tribunal de Contas da União – aliado à doutrina e a jurisprudências majoritárias –, as fundações públicas de direito privado submetem-se ao teto remuneratório constitucional, estando as referidas entidades inseridas na expressão “administração direta, autárquica e fundacional” prevista no art. 37,

inciso XI, da Constituição Federal. Assim, a distinção reservada às empresas estatais feita no art. 37, §9º da Constituição Federal, se restringiria, tão somente, às empresas públicas, às sociedades de economia mista e suas subsidiárias.

Apesar do posicionamento do TCU, é importante tecer algumas considerações sobre o teto remuneratório constitucional. Por interpretação sistêmica do art. 37, XI, e §9º da CRFB, chega-se à conclusão de que o dispositivo constitucional é aplicável, tão somente, a servidores e empregados dos órgãos e entidades que tenham sua folha de pagamento custeada diretamente com recursos do orçamento público. Assim, a fundação pública de direito privado *independente* que mantém contrato de gestão com o órgão/ente supervisor deveria ter tratamento semelhante aos das empresas estatais independentes, tendo em vista que tal fundação não se configura como unidade orçamentária.

Salienta-se que a fundação pública de direito privado *independente*, quando comparada com a fundação *dependente*, conta com uma flexibilização muito maior, tendo em vista o afastamento de preceitos do direito público e a maior incidência do direito privado sobre tais entidades, eis que não são custeadas, diretamente, com recursos do orçamento público (conforme visto, não configuram como unidade orçamentária).

Nesse sentido, Lenir Santos e Valéria Alpino Bigonha Salgado, ao tecer comentários sobre a aplicabilidade do art. 37, XI, da Constituição Federal, ressaltam que o dispositivo constitucional

não é aplicável à FE (fundação estatal) [...] A interpretação harmônica e sistêmica da CF leva ao entendimento de que o inciso [XI] é aplicável a servidores e empregados dos órgãos e entidades que tenham sua folha de pagamento custeada diretamente com recursos do orçamento público. A FE [que mantém contrato de gestão com o órgão/ente supervisor] tem tratamento semelhante aos das empresas estatais independentes (SANTOS; SALGADO, 2009, p. 355).

Sobre o assunto, Soraya Nouira y Maurity (2021, p. 20) atenta, ainda, para a importância de se conferir, às fundações públicas

de direito privado, maior maleabilidade na criação de empregos e reajustes salariais, segundo preços de mercado, a fim de atrair profissionais dedicados e qualificados. Nesse sentido:

ordem de conformação as fundações públicas de direito privado tenham maior maleabilidade na criação de empregos e reajustes salarial. A ideia é permitir que os profissionais da área de saúde recebam salários de mercado – competindo com aquele oferecido por Organizações Sociais – e sejam remunerados de acordo com sua produtividade, noutros termos, aquele que se dedicar mais ao serviço público perceberá uma remuneração mais adequada. E isso não parece nem impraticável, nem à margem do direito ou das necessidades de equilíbrio fiscal sustentável.

De fato, deve-se conferir à fundação pública de direito privado que presta serviços ao Estado uma política salarial condizente com os preços de mercado. Dessa forma, em que pese a prevalência do entendimento doutrinário e jurisprudencial acerca da submissão ao teto remuneratório constitucional – estando as referidas entidades insertas na expressão “administração direta, autárquica e fundacional” prevista no art. 37, inciso XI, da Constituição Federal –, a questão deve ser debatida e normatizada, de forma a assegurar a devida dos serviços de saúde.

Portanto, à semelhança do tratamento aplicável às empresas estatais pelo §9º do art. 37 da Constituição Federal, a incidência do limite remuneratório deve, efetivamente, depender do fato de a fundação pública receber ou não recursos públicos para o pagamento de pessoal ou custeio em geral. Assim, se a fundação pública com personalidade jurídica de direito privado não onera o Tesouro, conclui-se que se trata de fundação pública de direito privado *independente* e, por isso, não deveria se submeter ao teto remuneratório constitucional, nos termos do art. 37, § 9º, da Constituição Federal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, no presente trabalho, estudar as diversas controvérsias que recaem sobre o regime de pessoal das fundações estatais de saúde. Conforme exposto, nas relações de trabalho estabelecidas no âmbito das fundações públicas de direito privado irradiam tanto normas de direito privado quanto normas de direito público.

A personalidade jurídica de direito privado confere à fundação determinadas prerrogativas imprescindíveis para garantir o dinamismo e a celeridade inerentes aos serviços de saúde, a exemplo dos instrumentos para criação de empregos públicos e a possibilidade, diante da realidade mercadológica, de remunerar o pessoal para além do teto constitucional.

Nesse sentido, a possibilidade de se criar empregos públicos por meio de atos normativos internos da própria fundação é valioso instrumento para que se possa imprimir a celeridade necessária aos serviços de saúde, tendo em vista que ultrapassa a necessidade de tramitação pelo Poder Legislativo, como ocorre para a edição de lei específica.

Além disso, deve-se conferir, às fundações públicas de direito privado, maior maleabilidade na criação de empregos e reajustes salariais, segundo preços de mercado, a fim de que seja possível atrair profissionais dedicados e qualificados.

Contudo, a dicotomia Público-Privado e a falta de um devido tratamento normativo sobre a matéria trazem grande insegurança jurídica para a instituição e funcionamento destas entidades, provocando uma indesejável autarquização do instituto e, consequentemente, a prestação ineficiente dos serviços públicos. A Constituição Federal, o Decreto-lei nº 200/67 e o Código Civil não foram capazes, por si sós, de estabelecer regras claras sobre o regime aplicado a tais entidades, e a falta de um quadro normativo específico provoca grande incerteza doutrinária e jurisprudencial sobre o tema (MODESTO, 2008, p. 2).

A ausência de compreensão acerca do regime das fundações públicas de direito privado, somada ao apego ao formalismo no âmbito da Administração Pública, implicam, na prática, a incidência de um regime jurídico muito semelhante ao aplicado às autarquias, a ponto de provocar uma desvirtuação da

própria vocação institucional destas entidades e, conseqüentemente, a prestação ineficiente dos serviços públicos de saúde.

Portanto, a fim de garantir a devida flexibilidade e o dinamismo que regem determinados serviços sociais – e frente às dificuldades gerenciais e operativas advindas das pessoas administrativas de direito público –, deve-se garantir às fundações públicas de direito privado o devido tratamento legal, de forma a assegurar os instrumentos necessários de direito privado para que os serviços públicos que requerem agilidade, efetividade e eficiência, possam ser devidamente executados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.247/RJ. Relator: Min. Marco Aurélio. Requerente: Partido Socialismo e Liberdade (PSOL). Julgado em: 4 nov. 2020. Publicado em: 8 mar. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Recurso Extraordinário nº 716.378/SP. Relator: Min. Dias Toffoli. Recorrente: Fundação Padre Anchieta – Centro Paulista de Rádio e TV Educativas. Recorrido: José Angel Arias. Julgado em: 7 ago. 2019. Publicado em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Plenário). Embargos de Declaração no Recurso Extraordinário nº 589.998/PI. Relator: Min.

Luís Roberto Barroso. Embargante: Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). Embargado: Humberto Pereira Rodrigues. Julgado em: 10 out. 2018. Publicado em: 5 dez. 2018.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. 7ª Turma. Agravo de Instrumento em Recurso de Revista (AIRR) nº 567-67.2013.5.10.0003. Relator: Min. Douglas Alencar Rodrigues. Julgado em: 17 fev. 2016. Publicado em: 26 fev. 2016.

BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. 5ª Turma. Recurso de Revista nº 1437-89.2016.5.20.0016. Relator: Min. Breno Medeiros. Recorrente: Fundação Hospitalar de Saúde (FHS). Recorrido: Adeildo José Ferreira da Silva. Julgado em: 10 mar. 2021. Publicado em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 1.036/2021 – TCU – Plenário. Processo TC 030.777/2019-4. Relator: Ministro Vital do Rêgo. Entidade: Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Executivo (Funpresp-Exe). Sessão de 5 maio 2021.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. Manual de Direito Administrativo. – 34. Ed. – São Paulo: Atlas, 2020.

DALLARI, Adilson Abreu. Fundações privadas instituídas pelo Poder Público. Revista Inf. Legis. Brasília, a. 28, n. 110, abril./jun. 1991. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/175876/000455044.pdf?sequen ce=1&isAllowed=y](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/175876/000455044.pdf?sequen%20ce=1&isAllowed=y). Acesso em: 02 jun. 2023.

FERREIRA, Sérgio de Andréa. Empresa estatal – funções de confiança – Constituição Federal – Art. 37, n.º II (parecer). Revista de Direito Administrativo, v. 227, 397 - 412, jan.-mar. 2002. <https://doi.org/10.12660/rda.v227.2002.47007>, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47007/44567>. Acesso em: 05 jun. 2023.

MAURITY, Soraya Noura Y. O fim das organizações sociais na gestão de saúde do estado do rio de janeiro: e agora? Revista

Eletrônica da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro – PGE-RJ, Rio de Janeiro, v. 4 n. 1, jan/abr. 2021. Disponível em: <https://revistaeletronica.pge.rj.gov.br/index.php/pge/article/view/216>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MEDAUAR, Odete. Direito Administrativo moderno. 21. Ed. – Belo Horizonte: Fórum, 2018.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Municipal Brasileiro. 17ª edição, atualizada por Adilson Abreu Dallari. Editora Malheiros Editores, 2013.

MODESTO, Paulo. As fundações estatais de direito privado e o debate sobre a nova estrutura orgânica da Administração Pública. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado (RERE), Salvador, Instituto Brasileiro de Direito Público, nº 14, junho/julho/agosto, 2008. Disponível: <http://www.direitodoestado.com.br/rere.aps>. Acesso em: 08 jun. 2023.

OLIVEIRA, Rafael Carvalho Rezende. Curso de direito administrativo. 9. ed., - Rio de Janeiro: Forense; MÉTODO, 2021.

RODRIGUES, Silvio. 1917 – Direito Civil – São Paulo: Saraiva, 2003.

SANTA CATARINA. Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. Processo TCE Nº Con 05/00173222. UG/CLIENTE: Prefeitura Municipal de Mirim Doce. INTERESSADO: Henrique Peron - Prefeito Municipal de Mirim Doce. ASSUNTO: Termo de Parceria com OSCIP para execução dos Programas PACS e PSF. PARECER N.º: GC-OGS/2007/040. Conselheiro: Otávio Gilson dos Santos. Data do voto: 09 de abril de 2007.

SANTOS, Lenir. Fundações estatais: algumas considerações. In: SANTOS, Lenir (Org.). Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas, SP: Saberes, 2009.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. ANEXO III. Regime administrativo mínimo (Avaliação da aplicabilidade dos dispositivos

da Constituição Federal ao modelo de Fundação Estatal. In: SANTOS, Lenir (Org.). Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas, SP: Saberes, 2009.

SÃO PAULO. Tribunal de Contas de São Paulo. Processo TC-000406/015/09. Conselheiro Cláudio Ferraz de Alvarenga. Interessado: Fundação Dracenense de Educação e Cultura Dracena – FUNDEC. Decisão do Dr. Claudio Ferraz de Alvarenga em 29 maio 2012. Publicado: 31 maio 2012.

SUNDFELD, Carlos Ari; SOUZA, Rodrigo Pagani de. As Empresas Estatais, o Concurso Público e os Cargos em Comissão. Revista de Direito Administrativo, [S. l.], v. 243, p. 29–40, 2006. DOI: 10.12660/rda.v243.2006.42539. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/42539>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SUNDFELD, Carlos Ari. Parecer jurídico para a fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde – FIOTEC. In: SANTOS, Lenir (Org.). Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas, SP: Saberes, 2009.

PAES, José Eduardo Sabo. Fundações públicas: um exame de sua natureza jurídica de direito público e de direito privado. In: SANTOS, Lenir (Org.). Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas, SP: Saberes, 2009.

CONTRIBUIÇÃO DE UMA FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO NA GESTÃO DO SUS: O CASO DA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA

CONTRIBUTION OF A PRIVATE PUBLIC FOUNDATION IN THE MANAGEMENT OF SUS: THE CASE OF THE FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Sezifredo Paulo Alves Paz

Médico Veterinário com pós-graduação em Saúde Pública e Gestão da Qualidade de Produtos e Processos. Foi delegado do Ministério da Saúde, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde e Diretor do Centro de Saúde Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Atualmente é Diretor Geral na Feas.

Tatiane Correa da Silva Filipak

Médica, com conhecimento em Lean Healthcare, cursando MBA Executivo em Saúde. Sua experiência abrange a gestão, criação, reestruturação e implantação de serviços de saúde, com foco na sustentabilidade e qualidade da prestação de serviços. Atualmente é Diretora de Atenção à Saúde na Feas.

Olavo Gasparin

Graduado em Ciências Econômicas, especialização em Administração Pública e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Servidor da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (1982-2021), com notável contribuição na modernização administrativa-financeira. Foi Diretor do Centro Psiquiátrico Metropolitano e do Fundo Estadual de Saúde. Atualmente é Diretor administrativo-financeiro na Feas.

Isabel de Lima Zanata

Fonoaudióloga, especialista em Disfagia e em Gerontologia. Mestre e Doutora em Distúrbios da Comunicação. Foi Presidente da Gerontologia na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seccional Paraná (Gestão 2020-2023). Gerente de Ensino e Pesquisa na Feas.

Tatiane Caroline Bomer

Fisioterapeuta, Mestre e Doutoranda em Tecnologia em Saúde. Possui pós-graduação em Terapia Intensiva e Preceptoria Multiprofissional da Área da Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, Especialista em Gerontologia e Coordenadora de Ensino e Pesquisa na Feas.

Pedro Henrique Igino Borges

Assessor Jurídico da Fundação Estatal de Atenção à Saúde.

Juliano Eugenio da Silva

Doutorando em Filosofia, Mestre em História, Bacharel e licenciado em Filosofia, Bacharel em Teologia. Presidente da Comissão Permanente de Licitações na Feas e pregoeiro.

Denilson Blank

Graduado em Ciências Contábeis, MBA em Auditoria, Controladoria, Perito Contábil, Professor da graduação e do MBA de contabilidade empresarial e Assessor Financeiro na Feas.

Antônio Claude Mesquita de Carvalho

Administrador de Empresas, experiência como Gestor de Pessoas, atuando como Superintendente de Setor Público em Banco Privado Multinacional. Gerente de Recursos Humanos na Feas, onde é Empregado Público, contribuindo para o desenvolvimento humano, organizacional e a elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

João Carlos Venturelli Sobrinho

Formação em Ciências Contábeis. Possui pós-graduação em Gestão de Serviços Hospitalares e Lean Healthcare Gestão Avançada da Saúde. Com sólida experiência na área administrativa/faturamento da Saúde e Gerente Administrativo na Feas.

Resumo

Este artigo explora as contribuições de uma fundação pública de direito privado para a administração direta no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise se concentra na Fundação Estatal de Atenção à Saúde (Feas), examinando sua agilidade na contratação de profissionais via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), seu impacto nas licitações, arrecadação de impostos, segurança jurídica, previdência, produção de serviços de saúde, receitas próprias e isenções proporcionadas pelo Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), com base em informações públicas disponíveis relacionadas ao ano de 2022. O artigo reforça os aspectos de economicidade e sustentabilidade que a Feas traz para a gestão municipal da saúde pública.

Palavras-chave: Direito Administrativo, Fundações, Organização e Administração, Setor Público, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article explores the contributions of a private law public foundation to direct administration within the scope of the Sistema Único de Saúde (SUS). The analysis focuses on the Fundação Estatal de Atencio à Saúde (Feas), examining its agility in hiring

professionals through the Consolidation of Labor Laws, its impact on tenders, tax collection, legal security, social security, health service production, own revenues, and exemptions provided by the Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), based on publicly available information related to the year 2022. The article emphasizes the aspects of cost-effectiveness and sustainability that Feas brings to the municipal management of public health.

Keywords: Administrative Law; Foundations; Organization and Administration; Public Sector; Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

As fundações estatais são organismos da administração pública com flexibilidade e autonomia mais amplas do que as autarquias e fundações públicas de direito público e dispõe de instrumentos administrativos de natureza privada (ANFES, 2021). Elas buscam otimizar a gestão de serviços de saúde sem comprometer a responsabilidade do Estado, contribuir com a eficiência, transparência na administração pública e estão alinhadas com os direitos fundamentais à saúde e à descentralização.

Na busca pela eficácia do SUS, essas instituições devem perpassar por uma análise cuidadosa da constitucionalidade, responsabilidade civil, regime jurídico, gestão financeira, contratação de pessoal e participação social. Com base nisso, buscam por equilíbrio entre o dever estatal de prover serviços de saúde de qualidade e a necessidade de otimizar a administração desses serviços.

Nesse cenário, a Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba (Feas) apresenta-se de forma inovadora e alinha a eficiência na gestão com os princípios fundamentais da Constituição Federal.

A Feas é um órgão de administração indireta, de personalidade jurídica de direito privado, que executa e desenvolve ações do SUS em Curitiba. Seu marco legal de criação encontra-se na Lei 13.663/2010, posteriormente ampliada em seu escopo de atuação pela Lei municipal 15.507/2019. É uma entidade com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, sujeita ao regime jurídico próprio (das entidades privadas sem fins lucrativos de beneficência social) (Feas, 2023).

A prestação de serviços da fundação é realizada exclusivamente para o SUS por meio do contrato de

gestão com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba. Este contrato define planejamento, ações, avaliação de desempenho, metas pactuadas e obrigações, inclusive orçamentárias e financeiras. A execução destas atribuições garante à fundação o repasse de recursos por meio do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

A autonomia administrativa que a Feas possui também permite a flexibilidade necessária para se adaptar às demandas locais, fortalecendo a descentralização da gestão do SUS. Dessa forma, atendem ao dever estatal de maneira hábil, ao mesmo tempo em que mantêm o respeito aos princípios constitucionais e aprimoram a oferta de serviços de saúde à população. Com efeito, busca garantir serviços de saúde de qualidade e seguros, bem como um ambiente respeitoso para os profissionais.

As regras que regem a responsabilidade civil aplicam-se à Fundação da mesma forma que às instituições públicas. O regime jurídico que guia a instituição é o alicerce que sustenta sua atuação inovadora, garantindo conformidade legal e administrativa. Para cumprir essa responsabilidade, práticas de gestão responsável, como protocolos de segurança, treinamento adequado e sistemas de monitoramento, são implementadas para evitar danos e promover uma administração transparente e confiável.

A gestão financeira e orçamentária da Feas destaca-se por sua ênfase na competência na administração dos recursos públicos de forma adequada, maximizando sua aplicação em serviços de saúde de qualidade. A transparência na alocação de recursos e a responsabilidade na execução das despesas são elementos fundamentais para manter a confiança da população e assegurar a conformidade com as normas legais.

Para garantir a prestação de contas, transparência e aderência aos objetivos institucionais, reforçando o controle democrático e garantindo uma gestão ética e responsável, são imprescindíveis a participação social e o controle democrático. Nesse sentido, o Conselho Curador assume um papel central ao envolver a comunidade, profissionais de saúde e gestores na supervisão e das atividades da fundação.

Adotando processos ágeis de contratação e recrutando profissionais qualificados, a Feas mantém a excelência dos serviços e, também, otimiza a alocação de recursos. A contratação de pessoal é o

elemento central para a eficácia na prestação dos serviços de saúde e essencial para criar um ambiente de trabalho saudável.

Através da gestão eficiente de recursos, profissionais qualificados e parcerias estratégicas, a Fundação contribui para concretizar as políticas públicas, garantindo serviços de saúde de qualidade e acesso igualitário à população e desempenhando um papel fundamental na implementação de estratégias e ações planejadas pelo poder público municipal.

Dessa forma, a Feas se destaca como agente essencial na promoção do bem-estar social e no cumprimento dos princípios do SUS. Com um equilíbrio delicado entre inovação e princípios constitucionais, fortalecem o sistema de saúde do país, beneficiando a comunidade e otimizando a prestação de serviços.

2. OBJETIVO

Relatar as contribuições de uma fundação pública de direito privado na administração direta no âmbito do SUS.

2.1. A fundação estatal de atenção à Saúde

A Feas, inicialmente chamada de Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (Feaes), foi criada em 2010 pela Lei Municipal 13.633/2010 e é um órgão da administração indireta com personalidade jurídica de fundação pública de direito privado. Em 2019, a Lei Municipal 15.507/2019, ampliou o seu escopo de atuação, retirando-lhe a característica de “especializada”. Desde então, passou a ser denominada de Feas, habilitando-se a assumir qualquer serviço público municipal de saúde.

A missão da Feas é assegurar a atenção integral à saúde, contribuindo com a melhora da qualidade de vida dos clientes e comunidade, por meio de estratégias nas áreas de saúde, pesquisa e educação.

O desempenho administrativo e operacional da Fundação, no contexto do seu planejamento estratégico, é definido no mapa estratégico, alinhado à política municipal de saúde e aos princípios institucionais da Fundação, sendo organizado conforme observa-se na Figura 1.

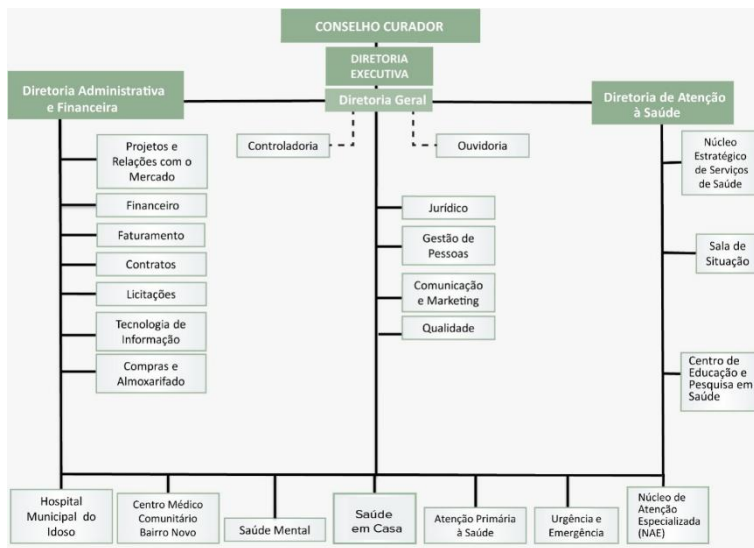


Figura 1 – Organograma da Feas.
Fonte: Feas (2023).

A Fundação possui como órgão de direção, controle e fiscalização, o Conselho Curador que é formado por representantes da Prefeitura Municipal de Curitiba e entidades representativas, investidos como conselheiros por um prazo de dois anos, garantindo sempre a participação do controle social. O Contrato de Gestão, firmado entre a SMS e a Feas, possibilita o monitoramento constante de um elenco de ações, indicadores e metas que permite avaliar os resultados, os custos e a aplicação dos recursos financeiros, assim como, o nível de satisfação dos usuários.

Atualmente, a Feas administra um Hospital Municipal, um Serviço de Atenção Domiciliar, um Centro Médico Comunitário, um Núcleo de Atenção Especializada, 4 (quatro) Unidades de Pronto Atendimento, 13 (treze) Centros de Atenção Psicossocial, uma Unidade de Estabilização Psiquiátrica, 2 (duas) Unidades de Saúde, o Complexo Regulador, uma Central de Transporte Sanitário e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Além do gerenciamento dessas unidades, provê recursos humanos para outras unidades de saúde, Laboratório Municipal e serviço de teleatendimento do município.

Para tanto, a Feas lança mão de uma gestão eficiente através de estratégias que são ancoradas pela agilidade, eficiência, transparência e segurança jurídica.

2.1.1. Gestão de Recursos Humanos e Agilidade na Contratação de Profissionais

A Feas demonstra agilidade no recrutamento de profissionais qualificados de maneira eficaz. Os profissionais são contratados mediante a aprovação por processo seletivo público (PSP) ou processo seletivo simplificado (PSS) para compor a equipe de forma temporária, conforme determina a Constituição Federal, sendo suas relações de emprego regidas pela CLT (Feas, 2023).

Por meio desses processos, consegue preencher vagas de forma mais célere, o que é crucial para manter a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde. Isso não apenas atende às necessidades da população, mas também contribui para a economia de recursos e a redução de lacunas na força de trabalho.

A exemplo do exposto, em 2022 foram realizados 5 (cinco) PSS e 1 (um) PSP, dos quais foram realizados 109 e 136 chamamentos, respectivamente. Na Tabela 1, o descritivo do quantitativo de contratados, separados entre o tipo de contratação.

Tabela 1 – Quantitativo de profissionais contratados, separados em PSS e PSP.

Tipo de contratação	Nº de contratados				Total
	Profissionais assistenciais	Profissionais médicos	Profissionais da enfermagem*	Profissionais administrativos	
Simplificado	52	237	278	3	570
Público	108	381	567	158	1214

*inclui profissionais da Enfermagem de nível técnico e superior.

Até o final de 2022, a força de trabalho da Feas era de 3846 empregados públicos.

2.1.1.1. Código de conduta e integridade

Para difundir os valores institucionais a fundação criou o Código de Conduta e Integridade como instrumento orientador dos atos de todas as pessoas que exerçam atividades em caráter permanente, eventual ou temporário em nome da Fundação. Este código se aplica, portanto, aos colaboradores (independentemente de sua posição hierárquica), administradores (membros do conselho Curador e Diretoria Executiva), prestadores de serviços, voluntários, residentes e estagiários.

Constitui compromisso individual e coletivo ao atendimento do disposto no Código, cabendo a todos os colaboradores o cumprimento e a ampla divulgação de seu conteúdo, sendo que o não cumprimento poderá acarretar medidas disciplinares prevista no estatuto como advertências, suspensão, sindicância e processo administrativo disciplinar (PAD).

2.1.1.2. Integração Assistencial

Visando qualidade da prestação de serviços, a Feas criou um centro próprio para treinamentos e capacitações de seus empregados, o Centro de Capacitação e Desenvolvimento Humano (Cecadeh). Todos são submetidos a um ciclo de capacitação junto a contratação, chamada integração assistencial. Além dessa, o Cecadeh realiza diversos treinamentos para público interno e da administração direta bem como algumas ações voltadas à comunidade, em 2022 foram realizadas 1.080 ações educativas, atingindo um quantitativo de 24.777 pessoas.

2.1.2. Licitações Eficientes

Desde 2012, a instituição tem apresentado uma notável eficiência em suas licitações (Feas, 2023). Essa eficiência pode ser avaliada em duas perspectivas: o tempo médio de tramitação dos processos e a economia alcançada nos procedimentos.

Nesse cenário, o número amplo de processos de compras públicas mostra um campo profícuo de análise. No ano de 2022, por exemplo, foram conduzidos 193 pregões eletrônicos, com uma taxa de sucesso nas aquisições de 91,2%. Esse número evidencia a habilidade da Feas em assegurar a obtenção de bens e serviços essenciais de maneira substancial, rápida e econômica.

Além da aquisição dos itens propostos, é importante ressaltar a considerável redução nos preços médios conquistados. Esse fato, sem dúvida, ilustra a capacidade da Feas em fomentar a competição entre os interessados, evidenciando sua habilidade em descrever produtos e serviços de forma aberta, sem comprometer a qualidade técnica exigida.

Numericamente, a média da redução nos valores nas licitações é de 24,9% em relação aos valores estipulados nos editais. Esse indicador reflete um cenário financeiramente vantajoso, otimizando a aplicação dos recursos públicos e gerando economias substanciais. Em termos absolutos, essa redução representa aproximadamente R\$ 22 milhões de reais.

Vale ressaltar que o tempo médio de tramitação dos pregões é um outro fator de significância, mantendo-se em média em 68 dias. Isso evidencia que, mesmo com a imprescindível observância das diretrizes legais que regem os procedimentos licitatórios, tem consistentemente demonstrado agilidade e prontidão. Essa capacidade é reflexo do rápido andamento e da versatilidade na análise e tramitação em seus diversos setores, englobando as esferas executiva, de controle e decisória.

2.1.3. Impactos do Repasse de Impostos

A instituição tem desempenhado um papel representativo no repasse de impostos pautada no art. 158:

I - Produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem.

Com base em informações de 2022, foram repassados mensalmente cerca de R\$ 3 milhões de reais em média referentes ao Imposto de Renda retido dos funcionários, o que pode ter um impacto positivo no orçamento da Prefeitura de Curitiba. Essa contribuição não só reforça a sustentabilidade financeira da administração municipal, mas também destaca a capacidade da instituição em gerar valor além da prestação direta de serviços de saúde.

2.1.4. Segurança Jurídica e Transparência

A Feas foi criada através de uma lei municipal. Por meio dessas atende ao ordenamento jurídico e assegura o caráter público de sua atuação. Garantindo a transparência, a responsabilidade, a eficiência na gestão do gasto público, tudo em conformidade com as normas legais (Feas, 2023).

A partir do Decreto-lei nº 200/67 surgiu a figura da fundação pública, ou seja, de uma fundação criada não mais a partir de uma afetação de bens privados, de um instituidor, mas de recursos públicos, situação em que eram equiparadas às empresas públicas.

A Lei 7596/70, por sua vez, conceituou Fundação Pública no Decreto nº 200/67 como:

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

Tem-se aqui, uma fundação que explora atividade econômica, e, via de consequência, tem fins lucrativos. Ou seja, as diferenças entre essa fundação e uma empresa pública são pouco detectáveis e a ideia de fundação originária ficou há milhas de distância.

Posteriormente, com a Emenda Constitucional nº 19/98, a criação de fundações passou a ser apenas autorizada por lei e não por ela criada, tal qual as empresas estatais, exigindo, todavia, lei complementar que definisse suas áreas de atuação, na tentativa de organizar um pouco o festival de fundações públicas existentes do país, mormente na área da saúde.

Por fim, a retirada da palavra “pública” ligada à “fundação”, do inciso XIX do art. 37 da CF/88, autorizou o Poder Público a criar fundações públicas tanto de Direito Público quanto de Direito Privado.

Agora se tem uma situação no mundo jurídico na qual fundações, se estatais, ou seja, se criadas a partir de autorização legal, com dinheiro público, podem ser tanto públicas como privadas e podem tanto ter fins lucrativos como não ter. Podem também ter qualquer objeto, bastando que lei complementar o defina.

Assim, qualquer que seja a entidade estatal, ainda que esteja sob o regime de Direito Privado, alguns institutos de Direito Administrativo se lhe aplicarão, como por exemplo, exigência de concurso público, sujeição aos órgãos de fiscalização, presença nas leis orçamentárias e obrigatoriedade, ainda que em parte, de aplicação de licitações.

Logo, uma fundação pública de Direito Privado, embora esteja sob o regime de Direito Privado tem o tempero do regime de Direito Administrativo. Neste diapasão, está feito uma nova figura jurídica do Direito.

No caso da Feas, para sua operacionalização, se instituiu o contrato de gestão como documento orçamentário que prevê metas e indicadores para garantia da prestação de serviço qualificado.

O repasse financeiro é realizado baseado em uma avaliação feita por corpo técnico e instituída por portaria pela SMS que avalia os indicadores do contrato de gestão. Referida avaliação é levada a efeito por gestores da Secretária da Saúde e Conselho Municipal da Saúde.

Por fim, a Feas presta contas anualmente ao Tribunal de Contas (TCE), sendo objeto de análise e aprovação por este, nos últimos anos, sem ressalvas. No mais, somente realiza contratações de pessoal mediante concurso, novamente, sob o crivo e análise do TCE.

Isso é crucial para a confiança dos cidadãos, a prestação adequada e eficaz do serviço, com eficiência e economicidade, em consonância com nosso ordenamento jurídico; situações que asseguram que o gasto público é feito dentro da mais estrita legalidade e zelo.

2.1.5. Impacto na Previdência

Considerando sua modalidade de contratação por processo seletivo público (empregado público), regime celetista regido por norma da CLT, a Feas tem apresentado impacto positivo na previdência, ou seja, a instituição não sobrecarrega o sistema previdenciário municipal, pois todos os seus colaboradores pertencem

a previdência do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), reduzindo dos cofres da previdência do município 14%, o que representa aproximadamente R\$ 4,2 milhões de reais, referente a 3,9 mil empregados. Isso evita desequilíbrios financeiros e direciona os recursos previdenciários para atender melhor às necessidades dos beneficiários promovendo a sustentabilidade de longo prazo.

2.1.6. Produção de Serviços e Incentivos Federais

A Feas não só produz serviços de saúde com eficácia, como também é capaz de acessar incentivos federais para alguns dos programas executados. O repasse anual de movimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada em 2022 totalizou R\$17.948,903,5.

Também são repassados incentivos federais para diversos serviços como: o serviço atenção domiciliar, os centros de atenção psicossocial, referente à ampliação de enfermarias de retaguarda, leitos de retaguarda em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), leitos de Saúde Mental, programa de residência médica, rede de urgência e emergência (4 UPAs gestão 100% Feas e o SAMU). Juntos, esses incentivos somam um recurso aproximado de R\$54 milhões por ano ao FMS pelo SUS, refletindo o sucesso na gestão desses programas e na capacidade de atrair recursos externos, demonstrando o compromisso da fundação em oferecer serviços de alta qualidade e o seu empenho em contribuir para a sustentabilidade do sistema.

2.1.7. Receitas Próprias e CEBAS

A Feas, reconhecida como entidade beneficente de assistência à saúde que atende ao disposto na Lei nº 12101, de 27 de novembro de 2009, possui o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS). Este confere à fundação isenções no recolhimento do INSS patronal que correspondem a 20% da folha de pagamento. Em 2022, essa isenção foi de aproximadamente R\$ 62 milhões.

Na busca contínua pela sustentabilidade e otimização de recurso e na sua missão como instituição promotora da integração ensino-serviço-comunidade, através do Centro de Educação e Pesquisa em saúde e do Cecadeh vem ampliando sua oferta de cursos,

convênios de estágio e programas de residência. Com isso, em 2022 obteve uma receita de aproximadamente R\$ 320 mil reais.

Além desses, foram realizadas captação de recursos e doações, a exemplo, relata-se duas doações do Ministério Público do Trabalho (MPT) para aquisição/implementação inovações em equipamentos/materiais médico hospitalares, que juntas somaram aproximadamente de R\$ 6 milhões.

Estas ações não apenas diversificam suas fontes de financiamento, mas também demonstram sua capacidade de se adaptar às demandas do mercado, o que contribui para a otimização dos recursos e a sustentabilidade financeira do município.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Feas traz evidências de que a adoção de uma fundação pública de direito privado pode trazer uma série de benefícios para a administração direta no âmbito do SUS. Com base em seu histórico, sua agilidade na contratação, eficiência nas licitações, impacto no repasse de impostos, segurança jurídica, previdência, produção de serviços, receitas próprias e isenções, contribui para uma gestão municipal sustentável. Sua eficiência, responsabilidade financeira e sustentabilidade são fundamentais para otimizar recursos e proporcionar serviços de saúde de alta qualidade à população.

Por fim, observando as experiências de gestão e governança na saúde pública brasileira, a Feas emerge como um modelo, contribuindo para a contínua melhoria da administração pública na área da saúde. Unindo inovação e princípios constitucionais alinhados à eficiência, transparência e qualidade, demonstra que as fundações estatais atuam no fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

ANFES. associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde, 2021. Disponível em: <https://anfes.org.br/sobre/>. Acesso em agosto de 2023.

CURITIBA. Lei nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010. Institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES-CURITIBA), altera a Lei Municipal nº 7.671, de 10 de junho

de 1991, e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Curitiba, PR, 21 dez. 2010.

CURITIBA. Lei nº 15.507. Altera a denominação e dá nova redação ao caput do art. 2º da Lei nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010, que institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada à Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. Diário Oficial do Município, Curitiba, PR, 19 set. 2019. Ano VIII, nº 180.

FEAS. Fundação Estatal de Atenção à Saúde. A Fundação, 2023. Disponível em: <https://feas.curitiba.pr.gov.br/unidadesdenegocio.html>. Acesso em agosto de 2023.

FEAS. Fundação Estatal de Atenção à Saúde. Licitações, 2023. Disponível em: <https://feas.curitiba.pr.gov.br/licitacoes.html>. Acesso em agosto de 2023.

FEAS. Fundação Estatal de Atenção à Saúde. Transparência, 2023. Disponível em: <https://feas.curitiba.pr.gov.br/portal-da-transparencia.html>. Acesso em agosto de 2023.

FEAS. Fundação Estatal de Atenção à Saúde. Gestão de Pessoas, 2023. Disponível em: <https://feas.curitiba.pr.gov.br/gestao-de-pessoas.html>. Acesso em agosto de 2023.

DAS FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO: CRIAÇÃO, CONSTITUCIONALIDADE DO MODELO E A EXPERIÊNCIA DA FUNDAÇÃO DO ABC

ON PUBLIC FOUNDATIONS UNDER PRIVATE LAW: CREATION, CONSTITUTIONALITY OF THE MODEL, AND THE EXPERIENCE OF FUNDAÇÃO DO ABC

Sandro Tavares

Gerente Jurídico Corporativo da Fundação do ABC. Advogado, pós-graduado em Direito Constitucional e Administrativo pela Escola Paulista de Direito. Especialista em Direito do Terceiro Setor. E-mail: sandro.tavares@fuabc.org.br.

Resumo

A constituição de uma Fundação Pública de Direito Privado busca corrigir lacuna na legislação que regulamenta as Organizações Sociais de Saúde (OSS), inserindo neste modelo mecanismos de controle social e dando ao poder público a participação direta na execução dos serviços e na gestão dos recursos financeiros, com a agilidade e a celeridade das OSS. A Fundação do ABC é pioneira na execução deste modelo. Contudo, apesar dos benefícios e da comprovada constitucionalidade, o modelo das fundações públicas de direito privado ainda enfrenta dificuldades pela falta de conhecimento geral da sociedade.

Palavras-chave: Fundação Pública de Direito privado, Organizações Sociais de Saúde, Controle social, Fundação do ABC.

Abstract

The creation of a Public Foundation under Private Law seeks to correct a gap in the legislation that regulates the Social Health Organizations (OSS), inserting social control mechanisms into this model and giving the Government direct participation in the execution of services and in the management of financial resources, with the agility and speed of the OSS. Fundação do ABC is a pioneer in implementing this model. However, despite the benefits and proven constitutionality, the model of public foundations under private law still faces difficulties due to the lack of general knowledge of society.

Keywords: Public Foundation Under Private Law, Social Health Organizations, ABC Foundation.

1. INTRODUÇÃO

As Fundações Públicas de Direito Privado surgiram como uma tentativa de resposta a problemas concretos da gestão e da atenção à saúde no Brasil. Ressalte-se o fato de que as estratégias utilizadas ao longo dos anos na atenção à saúde enfrentaram problemas nas formas de contratação de profissionais, dificuldades no provimento e na fixação dos trabalhadores, além de investimentos insuficientes na formação e qualificação, o que tem se traduzido em distorções nos projetos de cuidado e vínculo pensados para a saúde pública municipal.

Estas fundações públicas de natureza jurídica de direito privado ingressam no mundo jurídico por vontade do Poder Público, manifestada por lei autorizativa, nos expressos termos do inciso XIX, do art. 37, da Constituição Federal, com a redação dada pela EC n.º 19, de 04.06.1998, e pelo art. 1.º, II, da Lei n.º 7.596/1987, e adquirem personalidade por meio da inscrição do seu estatuto no Registro Civil das Pessoas Jurídicas.

Assim, no caso de fundação pública de natureza jurídica de direito privado, a lei autorizativa de sua criação deverá, obrigatoriamente, trazer em seu bojo preceitos que apresentem ao mesmo tempo a rigidez e a flexibilidade necessárias para resguardar a instituição a ser criada, e o Poder Público instituidor. Posto isto, disposições obrigatórias, a denominação, a sede e a duração da fundação, as finalidades e as atividades, o patrimônio, a receita, a administração com seus órgãos, a forma de alteração estatutária e sua extinção, o exercício financeiro e orçamentário, a responsabilidade dos integrantes de seus órgãos, a estrutura organizacional aí contida, o regime jurídico de seus empregados, a forma de acompanhamento e fiscalização e controle e, por fim, as indispensáveis disposições gerais e transitórias, seguem, tão-somente, as regras gerais do Código Civil. É o interesse público que determina a sua criação. Sendo variável o interesse público, o destino da fundação também pode ser mudado pelo ente que a instituiu, quer para alterar a lei que autorizou a sua criação, quer para revogá-la. A fundação de estatal não integra o Orçamento Geral da Administração Pública Direta (União, Estado e Município) como unidade orçamentária. Suas rendas são oriundas das receitas que auferir da prestação de serviços e do desenvolvimento de suas

atividades, bem como por doações, conforme dispuser a lei ordinária que autorizar sua instituição.

O relacionamento entre fundação estatal e o Poder Público, no tocante à lei orçamentária anual, dá-se, exclusivamente, sob a forma de prestação de serviços, com base em contrato estatal de serviços, que tem por objeto a contratação de serviços e a fixação de metas de desempenho para a entidade.

A fundação estatal não terá recursos assegurados para o seu funcionamento nos orçamentos fiscal e de seguridade social, como ocorre com os entes de direito público instituídos pelo Estado, inclusive no que tange à folha de pessoal.

A fundação estatal arca com o ônus de sua própria folha de pagamento, incluídas as despesas decorrentes da remuneração dos eventuais servidores requisitados de outros órgãos. O sistema contábil da fundação estatal privada, até que seja editado regulamento próprio, será orientado pelos ditames da Lei n.º 6.404/1976, que é aplicada às empresas estatais e também serve como subsídio às fundações privadas.

Ao passo que a fundação de direito privado pode extinguir-se quando a maioria dos membros de seu Conselho Curador e Conselho Administrativo assim o decidir, o mesmo não ocorre com a fundação pública de natureza jurídica de direito privado, que continuará a existir, mesmo que o pessoal que lhe integra os quadros, diretivos ou funcionais, resolva o contrário. Criada por lei, extingue-se por lei. É a vontade do legislador que vai determinar o desfazimento da fundação de direito público.

Ou seja, resta imperioso salientar que sua extinção não ocorre por sua própria vontade. Assim como a criação da fundação pública de natureza privada decorre da vontade do Poder Público, traduzida por meio de edição de lei específica autorizativa, também sua extinção somente poderá ser concretizada por meio desse instrumento, ficando derogado o art. 69 do Código Civil, que prevê a forma de extinção da fundação, inaplicável às fundações instituídas ou mantidas pelo Poder Público.

O seu regime de pessoal está vinculado ao controle da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Entretanto, o seu ingresso ocorre mediante concurso público de provas ou de provas e títulos (art. 37, II, da CF)¹¹, inclusive para acumulação de cargos para fins

criminais (art. 327 do Código Penal) e para fins de improbidade administrativa (arts. 1.º e 2.º da Lei n.º 8.429, de 02.06.1992).

Todavia, não se aplica aos colaboradores das fundações públicas de direito privado a estabilidade constante do art. 41 da Constituição Federal, vez que elas, da mesma forma que os empregados de empresas estatais, não se enquadram na situação descrita na norma. São beneficiários de acordo coletivo de trabalho e do FGTS e possuem plano de carreira, emprego e salários próprios. Sujeição de seus dirigentes a mandado de segurança quando exerçam funções delegadas do Poder Público (art. 1.º, § 1.º, da Lei n.º 1.533, de 31.12.1951, e art. 5.º, LXIX, da CF).

2. CONSTITUCIONALIDADE

Quanto à constitucionalidade do modelo das fundações públicas de direito privado, faz-se mister assinalar que a mesma já foi colocada à prova em diversas oportunidades pelos tribunais Brasil afora, porém, recentemente, a matéria chegou à Suprema Corte do Brasil, em razão de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade ajuizada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), que questionava duas leis do Estado do Rio de Janeiro, cujo objeto é a criação de fundações públicas de direito privado na área da saúde.

As referidas leis estaduais definiram como finalidade das fundações estatais a atividade de saúde como área de atuação preponderante, porém, seguindo regras mais flexíveis por força de sua natureza jurídica de direito privado, especialmente em relação ao regime jurídico previsto na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT para a contratação de seus profissionais.

O excelentíssimo relator, ministro Marco Aurélio, ao justificar seu voto pela improcedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade, discorreu que apesar da nomenclatura “públicas”, essas fundações são de direito privado, consoante consta das leis instituidoras, com patrimônio e receitas próprias e autonomia gerencial, orçamentária e financeira, motivo pelo qual é acertada a adoção do regime jurídico celetista para contratação de pessoal. Neste sentido a transcrição do voto:

AÇÃO DIRETA DE
INCONSTITUCIONALIDADE 4.247 RIO

DE JANEIRO RELATOR: MIN. MARCO AURÉLIO REQTE.(S): PARTIDO SOCIALISMO E LIBERDAD E- PSOL ADV.(A/S): FERNANDO GARCIA CARVALHO DO AMARAL E OUTRO (A / S) INTDO.(A / S) : GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO INTDO.(A / S) : ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO A M. CURIAE . : CONSELHO FEDERAL DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL ADV.(A / S) : MARCUS VINICIUS FURTADO COELHO E OUTRO (A / S) A M. CURIAE . : ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE ADV.(A / S) : THIAGO LOPES CARDOSO CAMPOS ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO – CONTROLE ABSTRATO DE CONSTITUCIONALIDADE.

O objeto desta ação direta de inconstitucionalidade é único e diz respeito ao regime jurídico de fundação instituída por meio de ato normativo. A incongruência da alusão à fundação pública de direito privado é suplantável, no que prevalecem os contornos da lei, a revelar ser dotada de personalidade jurídica de direito privado, patrimônio e receitas próprias, autonomia gerencial, orçamentária e financeira para o desempenho da atividade prevista no artigo 1º da Lei Complementar estadual nº 118/2007. Deu-se, ao Órgão criado, o rótulo de público, quando se tem entidade privada. Não há inconstitucionalidade, uma vez que, no campo simplesmente pedagógico, previu-se a regência do pessoal, considerados direitos e obrigações, pela Consolidação das Leis do Trabalho. O Estado não toca serviço público na área da saúde e se utiliza de interposta pessoa – de

natureza privada – que, então, adentra o mercado de trabalho e contrata. Inexiste quer o vício formal quer o material. Julgo improcedente o pedido formalizado.

No mesmo sentido, o Supremo Tribunal Federal decidiu pela constitucionalidade do modelo das fundações públicas de direito privado, especialmente para atuar na área da saúde, ao julgar improcedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4197 – SE:

AÇÃO DIRETA DE
INCONSTITUCIONALIDADE 4.197
SERGIPE RELATOR: MIN. ROBERTO
BARROSO REQTE.(S): CONSELHO
FEDERAL DA ORDEM DOS
ADVOGADOS DO BRASIL - OAB
ADV.(A/S): MARCUS VINICIUS
FURTADO COELHO E OUTRO(A/S)
INTDO.(A/S) :ASSEMBLÉIA
LEGISLATIVA DO ESTADO DE
SERGIPE INTDO.(A/S) :GOVERNADOR
DO ESTADO DE SERGIPE AM.
CURIAE.: MUNICIPIO DE NOVO
HAMBURGO ADV.(A/S) :PAULO
ANTONIO CALIENDO VELLOSO DA
SILVEIRA AM. CURIAE.: ASSOCIAÇÃO
NACIONAL DE FUNDAÇÕES
ESTATAIS DE SAÚDE - ANFES
ADV.(A/S) :THIAGO LOPES CARDOSO
CAMPOS ADV.(A/S): CAROLINE
DANTAS DA GAMA Ementa: DIREITO
CONSTITUCIONAL E
ADMINISTRATIVO. AÇÃO DIRETA DE
INCONSTITUCIONALIDADE.
FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO
PRIVADO . SERVIÇO PÚBLICO DE
SAÚDE.

1. Ação direta de inconstitucionalidade em que são impugnadas as Leis nº 6.346/2008, 6.347/2008 e 6.348/2008, do Estado de Sergipe, que autorizam a criação de fundações públicas de direito privado para atuarem na área da saúde. 2. Conhecimento

parcial, em razão da revogação ou alteração substancial dos dispositivos que autorizavam contratações temporárias e da ausência de impugnação de todo o conjunto normativo relativo ao tema. Precedentes. 3. O art. 5º, IV, do Decreto-Lei nº 200/1967 (com a redação da Lei nº 7.596/1987) determina que as fundações públicas podem desenvolver “atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público”. Tal dispositivo foi recepcionado com eficácia de lei complementar pelo art. 37, XIX, da Constituição (com a redação da Emenda Constitucional nº 19/1998).

2. O serviço público a que se dedicam as fundações criadas pelo Estado de Sergipe não incide na vedação constante do art. 5º, IV, do Decreto Lei nº 200/1967, já que, nos termos do art. 199 da Constituição, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. 5. As fundações públicas de direito privado podem se dedicar à prestação de serviços públicos de saúde. Isso porque: (i) na ausência de um modelo de organização administrativa pré-definido pela Constituição, deve prevalecer a autonomia de cada ente federativo; (ii) seria ilógico que a Constituição permitisse o exercício de atividades de saúde por particulares, mas não por entidades privadas vinculadas ao poder público; e (iii) esta Corte já afastou o argumento de que não seria possível a instituição de fundações privadas pelo poder público. Precedentes. 6. A relação jurídica mantida entre as fundações de direito privado instituídas pelo poder público e seus prestadores de serviço é regida pela Consolidação das Leis do Trabalho. Precedentes. 7. Pedido que se julga improcedente, com a fixação da seguinte tese de julgamento: “É constitucional a constituição de fundação pública de direito

privado para a prestação de serviço público de saúde”.

3. A FUNDAÇÃO DO ABC

A Fundação do ABC, com natureza jurídica de fundação pública municipal de direito privado, qualificada como Organização Social de Saúde e entidade filantrópica de assistência social, saúde e educação, foi criada em 1967 com intuito de viabilizar uma faculdade de medicina no Grande ABC.

Foi instituída como fundação sem fins lucrativos pelos três municípios do ABC Paulista – Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. É declarada instituição de Utilidade Pública nos âmbitos federal e estadual e na cidade-sede de Santo André através do registro CMC nº 132.124-1 (PMSA). Em 2007 foi reconhecida como Entidade Benemerita pelas Câmaras de Vereadores de São Bernardo e São Caetano e, em 2009, pela Câmara de Santo André.

Ao longo dos anos, a FUABC foi se consolidando cada vez mais como parceira estratégica de municípios e do Governo do Estado de São Paulo para a gestão de equipamentos públicos de saúde, primando pela qualidade no atendimento, alta resolutividade e humanização.

4. PIONEIRISMO

Em que pese ter sido inicialmente instituída com a finalidade de manter a Faculdade de Medicina do ABC, a Fundação do ABC foi pioneira na parceria entre o poder público e as fundações públicas de direito privado para gestão de serviços públicos de saúde.

Cumprе salientar que, este modelo de parceria realizado pela Fundação do ABC foi implementado bem antes da promulgação da Carta Política de 1988.

Em 1971, o Hospital Anchieta, em São Bernardo, foi cedido pelo Estado à FUABC mediante convênio. Contudo, à época, o ajuste assinado com o Estado foi duramente questionado pelos instituidores da Fundação do ABC em razão do valor baixo pago pelo Estado à Instituição.

Em 15 de dezembro de 1980, a FUABC assinou convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS) para prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais no Hospital Municipal de Santo André e no Hospital Anchieta.

Em 26 de fevereiro de 1992, solenidade marcou novo convênio para administração do Hospital Anchieta, desta vez entre a FUABC e o Governo do Estado. O funcionamento ficava garantido a partir dos repasses estaduais e participação direta da Secretaria de Estado da Saúde na gestão da Fundação do ABC.

Em 2 de março de 1994 houve a municipalização do Hospital Anchieta. O próximo passo ocorreu em 26 de agosto de 1994, quando foi assinado o “termo de co-gestão entre a Prefeitura de São Bernardo do Campo e a Fundação do ABC”. O acordo previa que a Prefeitura indicaria o diretor-geral do hospital e suplementaria mensalmente os recursos necessários ao funcionamento do equipamento de saúde. Por sua vez, a FUABC indicaria o diretor clínico, contrataria funcionários e assumiria a prestação dos serviços médicos.

Denota-se que a utilização do modelo das fundações públicas de direito privado na gestão dos serviços públicos de saúde existe antes da promulgação da Constituição Federal e do advento da Lei Federal 9.637/98 – denominada lei das organizações sociais de saúde.

5. EFICÁCIA DO MODELO

Ultrapassado o breve histórico sobre o pioneirismo da Fundação do ABC na gestão de serviços públicos em parceria com o Estado, resta o maior aprofundamento da eficácia do modelo, bem como o detalhamento sobre a dificuldade que determinados setores da administração pública têm em reconhecer sua constitucionalidade.

A gestão pública do Brasil passou por um grande processo de descentralização político-administrativa nas últimas duas décadas. Esta descentralização, resultado direto da Reforma Administrativa, permitiu o surgimento (e ainda surgem) diversas entidades jurídicas com os mais diversos formatos.

Nas Administrações Públicas municipais, por exemplo, tem sido implementada uma série de novos modelos de gestão gerencial nos serviços de saúde. Estes novos modelos propõem uma gestão pública mais próxima da gestão empresarial, com base na Reforma Gerencial, defendida por Bresser-Pereira no Plano Diretor da Reforma

do Aparelho do Estado (PDRAE), em 1995. Para que isso ocorra, a legislação tem sido modificada, de forma a proporcionar que sejam criadas novas instituições na Administração Pública com forma jurídica de instituições privadas, conforme definem os preceitos da Reforma Gerencial.

Cada uma destas entidades possui legislação específica, na qual estão previstas como devem ser sua forma jurídica, sua administração, seus mecanismos de controle, a origem de seus recursos e a composição de seu patrimônio. Além de tais particularidades, a legislação costumeiramente prevê algumas facilidades de gestão e de controle para tais entidades, quando comparadas a entidades clássicas da Administração Direta, tais como as autarquias.

Dessa forma, essas novas entidades públicas, porém, regidas pelo direito privado, usufruem de menor controle por parte do Estado e de maior autonomia quando da contratação de pessoas e de fornecedores ou prestadores de serviços.

Neste contexto, diversos municípios têm criado Fundações Públicas de Direito Privado para atuarem na gestão de serviços públicos de saúde. Dentre eles estão os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, que em conjunto criaram a Fundação do ABC, com objetivo inaugural de criar a Faculdade de Medicina do ABC e, posteriormente, apoiar o sistema público de saúde destes Municípios Instituidores.

Destarte, um dos temas deste artigo consiste nos esclarecimentos necessários quanto à transferência de responsabilidades da gestão dos serviços municipais de saúde para uma Fundação Pública de Direito Privado e as respectivas implicações.

Importante destacar que a escolha do modelo gerencial é ato discricionário do gestor público, mediante apresentação de proposta de diretrizes alinhadas com as normas e legislações que regem o Sistema Único de Saúde.

Em função do exposto, cumpre demonstrar a eficácia do modelo e as dificuldades enfrentadas em sua execução, especialmente na falta de compreensão pelos órgãos de controle externo e pelo judiciário.

Há relevância neste trabalho para toda a sociedade brasileira, pois aborda um estudo sobre a forma de gestão dos serviços

públicos de saúde. Tais serviços são oferecidos pelo Estado como forma de assistir seus cidadãos quanto aos direitos sociais fundamentais à dignidade da pessoa humana, tal como é o direito à saúde.

A constituição de uma Fundação Pública de Direito Privado tem como fundamento corrigir a lacuna deixada pela legislação que regulamenta as OSS (Organizações Sociais de Saúde), inserindo neste modelo mecanismos de controle social, “Participação direta do Conselho Municipal de Saúde na gestão da Fundação”, e dando ao poder público participação direta na execução dos serviços e na gestão dos recursos financeiros, sem abrir mão da agilidade e celeridade existentes no modelo das OSS.

Neste diapasão, as fundações públicas de direito privado, também denominadas fundações estatais, surgem no sentido de atualizar o marco legal para a implementação de políticas públicas e de propiciar aos agentes públicos uma alternativa para aperfeiçoar a gestão pública. Difere, assim, da proposta das organizações sociais, na medida em que a fundação estatal se configura em modalidade de gestão pública, com as prerrogativas de agilidade que, principalmente, a saúde pública tanto necessita para garantir serviços de qualidade e de acordo com as diferentes demandas dos usuários do SUS.

Nos municípios instituidores da Fundação do ABC, bem como nos demais entes da Federação que celebraram ajustes com a Instituição, os resultados vêm sendo plenamente satisfatórios, visto que os serviços de saúde pública por ela disponibilizados somam-se aos esforços do gestor SUS, prestando o melhor atendimento possível aos usuários.

Como exemplo, cita-se a contratação de médicos especialistas e os programas de Estratégia de Saúde da Família. No primeiro caso, é notória a dificuldade de contratação de tais profissionais por meio de concursos públicos promovidos pela Administração Direta, enquanto a Fundação do ABC vem fornecendo tais profissionais na medida da necessidade municipal.

Já no que diz respeito ao programa de estratégia da família, a Fundação do ABC também vem cumprindo a contento suas obrigações, tendo ampliado o número de equipes nos municípios, bem como efetuando gerenciamento direto sobre os ACS, que desenvolvem função essencial às políticas de saúde municipais.

Frise-se que o caso dos Agentes Comunitários de Saúde é emblemático, uma vez que as Organizações Sociais de Saúde não podem contratá-los em razão da legislação específica que rege a classe. Contudo, as entidades vinculadas à Administração Direta podem realizar esse tipo de contratação a partir de expressa autorização legislativa.

6. DIFICULDADES

Apesar dos claros benefícios apresentados, o modelo adotado pelo poder público que decide pela instituição de fundações públicas de direito privado para gestão de serviços públicos de saúde enfrenta algumas dificuldades, que se justificam pelo fato de, até o presente momento, a sociedade, como um todo, não possuir amplo conhecimento sobre as fundações públicas, muito menos sobre as Fundações Públicas de Direito Privado.

A sociedade civil, bem como o meio acadêmico e o próprio ambiente político- governamental já financia, contrata e utiliza entidades deste formato, porém, ainda não conhece detalhadamente as diversas formas de atuação e as possibilidades jurídico-legais e administrativas das Fundações Públicas de Direito Privado perante outras figuras jurídicas que existem há mais tempo.

Ressalte-se que os próprios órgãos de controle externo das Fundações Públicas de Privado ainda não compreendem totalmente o modelo, haja vista que a ausência de Lei Federal regulamentadora da matéria faz com que, por exemplo, o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo coloque entraves nos contratos de gestão firmados por estas Entidades. Para o TCESP, tais avenças somente poderiam ser firmadas com Organizações Sociais, pasmem, mesmo com autorização constitucional expressa quanto às Fundações.

Faz-se relevante, também, pelo fato do impacto desta nova figura jurídica na Administração Brasileira ainda não ter sido medido. Isso decorre, principalmente, pelo caráter recente da legislação. Também são poucas as Fundações existentes que atuam na administração de serviços públicos de saúde.

Dessa forma, o presente trabalho é essencial para a difusão geral deste novo modelo de apoio às políticas públicas de saúde, que deve ser apoiado por toda a sociedade, visto que seu único escopo é a

melhoria nos atendimentos de saúde pública à aqueles usuários mais necessitados.

Portanto, se faz necessária a mobilização de toda a sociedade para a consolidação do citado modelo, haja vista que, conforme já explanado, supre diversas lacunas existentes na legislação que regulamenta o modelo das Organizações Sociais, primordialmente no que diz respeito ao controle interno e externo, bem como a participação popular.

REFERÊNCIAS

CIRLINAS, Israel. MED CORACAO DO ABC. Santo André: Acadcom, 2007.

Supremo Tribunal Federal. ADI nº 4197/SE. Relator: Ministro Roberto Barroso. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/processos>.

Supremo Tribunal Federal. ADI nº 4247/RJ. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/processos>.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho.

**DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA O
DESENVOLVIMENTO DA GOVERNANÇA CORPORATIVA
E DO COMPLIANCE EM FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE
DIREITO PRIVADO: ESTUDO DE CASO DA FUNDAÇÃO
ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA
CAPIXABA**

**CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR CORPORATE
GOVERNANCE AND COMPLIANCE DEVELOPMENT IN
PRIVATE PUBLIC FOUNDATIONS**

Lívia Silva Duarte

Controladora da Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba.

Resumo

O presente trabalho, apresentado à ANFES – Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde, objetiva discutir sobre os desafios e as oportunidades no âmbito da governança corporativa e do compliance nas fundações públicas de direito privado, usando como estudo de caso a Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba. As metodologias de pesquisa utilizadas foram a bibliográfica, por meio de consultas a livros e a normas publicadas sobre o tema e a explicativa, com a identificação de situações que contribuíram com o desenvolvimento da governança corporativa e do compliance na iNOVA Capixaba. O artigo propõe uma reflexão sobre a estruturação administrativa das fundações estatais, com o intuito de que tenham a segurança necessária para inovar e dar qualidade no atendimento de saúde à população brasileira.

Palavras-chave: Governança Corporativa, Compliance, Integridade, Fundação Pública de Direito Privado, Integridade, Controle Interno, Diversidade.

Abstract

The present work, presented to ANFES - Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde, aims to discuss the challenges and opportunities in the scope of corporate governance and compliance in public foundations of private law, using as a case study the Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba. The research methodologies used were bibliographic, through consultations with

books and published rules on the subject, and explanatory, with the identification of situations that contributed to the development of corporate governance and compliance at iNOVA Capixaba. The article proposes a reflection on the administrative structure of state foundations, with the intention that they have the necessary security to innovate and provide quality health care to the Brazilian population.

Keywords: Corporate Governance, Compliance, Integrity, Public Foundation of Private Law, Internal Control, Diversity.

1. INTRODUÇÃO

Criadas com objetivo – dentre outros – de melhorar a gestão da saúde pública no Brasil, as fundações estatais desse segmento passaram pelos momentos de instituir um novo modelo – na administração pública indireta, de definir seu regime jurídico, de buscar formas de destinar recursos para sua constituição, de implementar e experimentar estratégias ousadas que as difeririam da forma de gestão direta pelos entes federativos, por discussões constitucionais sobre sua juridicidade e, na conjuntura atual, desafiavam-se a erguer bases sólidas de governança corporativa para que a estrutura administrativa dê condições ao progresso da qualidade na assistência à população.

Numa nova fase da experiência do modelo de gestão fundacional, além de implementar medidas que promovam a perenidade das entidades, com a elaboração de normas internas de governança, o compliance passou a ter importante papel para gerar confiança para as fundações estatais, em especial, no que se refere ao relacionamento com os órgãos de controle externo. O desafio é de se abrir ao entendimento de um modelo jurídico que, diferentemente das sociedades de economia mista e de suas subsidiárias – cujo estatuto jurídico foi fixado pela Lei Federal n.º 13.303/2016 –, não dispõe de legislação específica, distanciando-se, ao mesmo tempo, da aplicação dos ditames do Código Civil referentes às fundações. Nesse contexto, infere-se que as fundações públicas de direito privado ainda precisam se colocar à prova do controle social para que, de fato, alcancem o patamar de instituto consolidado que merece investimentos, confiança dos órgãos fiscalizadores e, principalmente, que seja visto como um instrumento capaz de ser exemplo de gestão pública no país. As metodologias de pesquisa utilizadas foram a bibliográfica, por meio

de consultas a livros e a normas publicadas sobre o tema e a explicativa, com a identificação de situações que contribuíram com desenvolvimento da governança corporativa e do compliance na iNOVA Capixaba.

Como referencial teórico descrever-se-á a fundação objeto de estudo deste artigo, a iNOVA Capixaba, destacando a legislação que amparou a sua criação, a sua estrutura de alta gestão, além dos conceitos de compliance, governança corporativa e integridade, que são imprescindíveis para o entendimento dos pontos de reflexão ora colocados.

No desenvolvimento do texto serão apresentados trabalhos desenvolvidos na Fundação Estadual de Inovação em Saúde como o Código de Ética, Conduta e Integridade; as Políticas de Governança Corporativa e de Integridade e as “Medidas Administrativas Especiais para Compra de Materiais Médicos e Medicamentos” – dispostas no Regulamento de Compras e Contratações.

Por fim, este artigo convida à exploração da capacidade de desenvolvimento administrativo – com destaque para a governança corporativa e para o compliance – das fundações estatais, para que esse pilar possa promover condições de que a saúde pública tenha a segurança necessária para inovar e dar qualidade no atendimento à população brasileira.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A autorização para criação da Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba (Fundação) foi dada pela Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo, por meio da edição da Lei Complementar (LC) n.º 924, sancionada pelo Chefe do Poder Executivo em 17 de outubro de 2019. Com isso, o Decreto Estadual n.º 4585-R, de 05 de março de 2020 criou e aprovou o estatuto da primeira fundação estatal de gestão de saúde do Estado. Ocorre que, em razão da pandemia de COVID-19, as atividades da iNOVA Capixaba iniciaram-se, de fato, com o corpo estratégico e operacional, no dia 1º de setembro de 2020.

Nos termos dos instrumentos normativos supracitados, a Fundação tem como finalidade:

I - prestar serviços gratuitos de atenção integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

II - apoiar, recrutar ou capacitar o pessoal de saúde dos órgãos e entidades públicas e privadas que integrem e participem do SUS;

III - prestar serviços na área de desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade no âmbito do SUS;

IV - cooperar com órgãos e entidades públicas e privadas na execução de ações e serviços públicos de saúde, em acordo com os critérios da regionalização e das referências assistenciais;

V - prestar serviços nas áreas de engenharia clínica, de reforma e manutenção predial, ampliação e construção de unidades de saúde, de apoio diagnóstico e terapêutico, de telemedicina, de classificação de risco, de assistência farmacêutica, de serviços de logística vinculada a serviços de saúde, de medicina legal e verificação de óbitos, dentre outros na área da saúde;

VI - desenvolver atividades de pesquisa e inovação em saúde, servindo como campo de prática; e

VII - prestar serviços de apoio à execução de planos de ensino e pesquisa de instituições de ensinos técnico e superior, públicas ou privadas, de interesse do SUS. (ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2019 E 2020)

Para exercer as competências conferidas por lei, a iNOVA Capixaba, no que tange à alta gestão, foi estruturada²⁰ com: Conselho Curador, Conselho Fiscal, área de Controladoria e Integridade, Ouvidoria e Diretoria Executiva, ficando esses órgãos internos responsáveis pela criação de toda a base normativa de governança

²⁰[https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Institucional/Organograma/Organograma iNOVA Capixaba \(Resolução 02-2021\).pdf](https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Institucional/Organograma/Organograma%20iNOVA%20Capixaba%20(Resolu%C3%A7%C3%A3o%2002-2021).pdf)

corporativa. Na esfera de assessoramento, a Fundação conta com Assessoria Jurídica, Comunicação, Qualidade e Assessoria de Gabinete. As gerências Assistencial; de Ensino Pesquisa e Inovação; Contábil-Financeira; de Prestação de Contas; de Gente e Gestão; de Compras, Contratos, Convênios e Parcerias; de Tecnologia da Informação e Comunicação; de Logística e Transporte; de Infraestrutura e Manutenção e de Implantação e Desenvolvimento de Negócios – e suas respectivas coordenações, ficaram encarregadas da gestão operacional da Fundação.

Aliado ao conhecimento da estrutura da Fundação, para a melhor compreensão do que se pretende discutir neste trabalho, é imprescindível entender os conceitos de compliance, governança corporativa e integridade. Para Giovanini, (2014, p. 20) “compliance está ligado a estar em conformidade com as leis e regulamentos internos e externos à organização” e “vai além do simples atendimento à legislação, busca consonância com os princípios da empresa, alcançando a ética, a moral, a honestidade e a transparência, não só na condução dos negócios, mas em todas as atitudes das pessoas”. Segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC²¹, governança corporativa “é o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas”. Cortella (2009, p. 128) ensina que a ética é um conjunto de “princípios que você e eu usamos para responder ao ‘Quero? Devo? Posso?’, o que não significa que você e eu não vivamos dilemas. Eles existem e serão mais tranquilamente ultrapassados quanto mais sólidos forem os princípios que tivermos e a preservação da integridade que nós desejarmos”. Para Duarte, et. al. (2019, p. 21):

Integridade é a conduta reta e ética dos indivíduos, em consonância com seus valores. Ela se materializa quando há comportamentos que prezam por honestidade, imparcialidade, isenção, dignidade, retidão, honra, sinceridade e confiança. Ela está diretamente ligada aos princípios da pessoa, como respeito e honestidade.

²¹ <https://www.ibgc.org.br/conhecimento/governanca-corporativa>

3. DESENVOLVIMENTO

É notável que o objetivo principal da iNOVA Capixaba é, nos termos do parágrafo único do art. 5º, da LC n.º 924/2019 “assegurar a prevalência do interesse da população na garantia de seu direito à saúde e prestação de serviços de forma digna, célere, humana, altruísta, qualificada e eficiente”.

Almeida (2021) explica que o comportamento da sociedade gera padrões de regras que acarretam privilégios a grupos raciais e que a estrutura social constitui-se de diversos conflitos entre parcelas segregadas de uma mesma comunidade, sejam eles de classe, raça, sexual, entre outros. Nesse contexto, é essencial que haja a promoção de iniciativas inclusivas, vejamos:

[...] as relações do cotidiano no interior das instituições vão reproduzir as práticas sociais corriqueiras, dentre as quais o racismo, na forma de violência explícita ou de microagressões - piadas, silenciamento, isolamento etc. Enfim, sem nada fazer, toda instituição irá se tornar uma correia de transmissão de privilégios e violências racistas e sexistas. De tal modo que, se o racismo é inerente à ordem social, a única forma de uma instituição combatê-lo é por meio da implementação de práticas antirracistas efetivas. É dever de uma instituição que realmente se preocupe com a questão racial investir na adoção de políticas internas que visem:

- a) promover a igualdade e a diversidade em suas relações internas e com o público externo - por exemplo, na publicidade;
- b) remover obstáculos para a ascensão de minorias em posições de direção e de prestígio na instituição;
- c) manter espaços permanentes para debates e eventual revisão de práticas institucionais;

d) promover o acolhimento e possível composição de conflitos raciais e de gênero. (ALMEIDA, 2021, pp.48-49)

Segundo dados do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, “pessoas de baixa renda e negras e moradoras de periferias dos 20 maiores municípios do Brasil têm condições de acesso a serviços de saúde para COVID-19 sistematicamente menores do que pessoas de alta renda, brancas e que residem próximas aos centros das cidades.”

Criada num contexto pandêmico e com objetivos sociais atrelados à prestação de serviços de saúde, a Fundação Estadual de Inovação em Saúde, nos primeiros meses de atividade, elaborou sua Política de Governança Corporativa que faz remissão aos princípios básicos de governança corporativa, os quais foram estabelecidos para permear todas as ações da organização. Isso, porque a adequada adoção de diretrizes que prezam por boas práticas gera confiança na relação com os stakeholders²². Os princípios descritos são: transparência, equidade, accountability e responsabilidade corporativa. Além disso, referida Política estabeleceu claramente que “a iNOVA Capixaba deve adotar padrões mínimos de comportamento, procedimentos e controles de prevenção e combate à corrupção e atos lesivos praticados contra a administração pública”.

Com isso, vê-se que a mensagem inicial da Fundação para a sociedade foi justamente o do seu compromisso institucional de alinhamento corporativo para a solidificação de bases administrativas necessárias à melhoria do modelo de prestação de serviços públicos de saúde no Estado do Espírito Santo. A oportunidade de estabelecer critérios éticos de edificação normativa, num contexto de pandemia e de necessidade urgente de inclusão social, fez com que a iNOVA Capixaba buscasse a elaboração de normas que atendessem aos mais altos níveis de compliance. Em junho de 2021, com a edição da Política de Integridade, foram estabelecidos parâmetros éticos para as contratações, como o procedimento de due diligence, em que os fornecedores devem preencher um formulário, por meio do qual forma-se uma base para avaliação dos riscos de integridade. Quanto às

²² São todas as partes interessadas num negócio e que tem influência sobre ele, seja ela pequena ou grande.

linhas, atinentes ao controle interno, estabeleceu-se objetivamente que “cada área da Fundação deve assumir o papel de liderança para alcançar a conformidade, disseminando a cultura de integridade nas atividades sobre as quais tem responsabilidade.”

Ainda em 2021, no mês de outubro, a iNOVA Capixaba editou o seu inovador e inclusivo Código de Ética, Conduta e Integridade, redigido em linguagem cidadã e baseado na comunicação não violenta, tendo sido lido e ratificado pelo professor – e referência nacional – Mário Sérgio Cortella, no evento de disseminação institucional da norma. O documento mais importante, sob a ótica do compliance, estabelece as condutas esperadas dos colaboradores e firma compromissos de conduta, oportunizando o engajamento corporativo e a capilaridade das ações da área de Controladoria e Integridade. Vejamos:

Art. 3º A Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba estabelece compromissos de condutas a serem firmados por cada agente no desempenho de suas atividades.

§1º Exemplo: a alta administração e demais lideranças da iNOVA Capixaba são responsáveis por promover os princípios e os valores estabelecidos neste Código, devendo sempre servir de exemplos para que suas equipes se sintam integradas e parte de uma única organização, mantendo coerência plena entre o discurso e a prática.

§2º Responsabilidade: todos têm o dever de atuar com diligência para evitar prejuízos para a iNOVA Capixaba, devendo prestar contas dos atos que praticarem, na forma estabelecida nos padrões internos e sempre que lhes for demandado. Ao mesmo tempo, são proporcionalmente responsáveis pelas decisões tomadas no exercício de suas respectivas atribuições, ainda que tenham se baseado na manifestação prévia de outro agente durante o processo.

§3º Confiança: a iNOVA Capixaba confia e presume a integridade e a boa-fé de seus colaboradores em suas atividades

profissionais, os orienta a cumprir as normas e os padrões e, ao mesmo tempo, reconhece que o conteúdo dos objetivos e dos interesses da Fundação devem sempre prevalecer sobre os interesses individuais.

§4º Coragem: a iNOVA Capixaba valoriza a determinação e a proatividade de seus colaboradores diante de situações adversas e desafiadoras. Incentiva a dizer o que precisa ser dito e a fazer o que precisa ser feito para alcançar os resultados esperados, mesmo diante de circunstâncias desafiadoras e fora das rotinas usuais.

§5º Inovação: a inovação e o espírito criativo dos colaboradores serão constantemente incentivados, pois são as novas ideias, as novas soluções e a compreensão das transformações internas e externas que conduzem à excelência e à evolução da organização e da sociedade.

§6º Melhoria contínua: os processos de trabalho devem ser compreendidos como instrumentos destinados à geração de valor. Precisam focar no contínuo aprendizado, razão pela qual devem permanecer sob constante monitoramento e aperfeiçoamento.

§7º Resultados: a iNOVA Capixaba estimula a formação de equipes com alto padrão de desempenho, com orientação para metas voltadas para a geração de valor para as partes interessadas e, principalmente para o valor e o respeito à vida.

§8º Transparência: a iNOVA se compromete a realizar uma comunicação transparente, verdadeira, facilmente compreensível e acessível a todos os interessados. Compromete-se, ainda, a registrar seus resultados sem ambiguidade de informações, disponibilizando seus processos aos controles interno e externo. (FUNDAÇÃO, 2021, pp. 3-4)

Em seu Código de Ética, Conduta e Integridade, a iNOVA Capixaba disciplinou assuntos como: integridade profissional e pessoal, relacionamento interpessoal e ambiente de trabalho, relacionamento com agentes públicos, relacionamento com a mídia e com a imprensa, exercício de direitos políticos, responsabilidade social, sigilo de informações, proteção de dados pessoais, conflito de interesses e assédio; criou um inovador procedimento de regulamentação de recebimento de brindes, presentes e hospitalidades²³, que incluiu a edição de um formulário próprio para o exercício do controle interno e dedicou, de forma inédita no Estado, um capítulo especial para o respeito à diversidade, asseverando que:

Art. 22 A iNOVA Capixaba, nas suas práticas de contratação e promoção, **deve oferecer oportunidades iguais a todos os indivíduos qualificados.**

Art. 23 Todos os agentes devem ser tratados de forma equitativa e justa, com relação às suas diferenças e **não devem tolerar qualquer tipo de discriminação.**

Art. 24 A iNOVA Capixaba reconhece os direitos de todas as pessoas, como descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, além de **apoiar todas as formas de valorização e respeito ao ser humano.**

Art. 25 A iNOVA Capixaba trabalhará para a implementação de **cultura corporativa baseada na diversidade e na inclusão, visando ao respeito a um valor humano fundamental – a diversidade – que também é fonte de criatividade e motivação.**

Parágrafo único. Serão elaboradas normas que almejem assegurar tratamento justo e oportunidades iguais para todos, sobretudo na **promoção de equidade de gênero e raça.**

Art. 26 As políticas e regras atinentes à Gerência de Gente e Gestão deverão **valorizar o perfil plural de líderes, observando a representatividade de diferentes segmentos da população** e prever

²³ <https://inovacapixaba.es.gov.br/formularios-corporativo>

o compromisso efetivo com atividades sustentáveis, práticas inclusivas, respeitosas, abertas e justas.

Art. 27 A iNOVA Capixaba **não restringe o uso de roupas que representem etnias, grupos ou ideias**, mas os agentes devem atender às regras atinentes ao ambiente hospitalar e respeitar a urbanidade e a ética ao escolherem suas vestimentas para o trabalho. (FUNDAÇÃO, 2021, pp. 12-13, grifo nosso)

Como exemplo mais recente da oportunidade de instituir normas de governança e compliance hábeis a estabelecer relações éticas com a sociedade, diante do desafio de otimizar as compras públicas para o abastecimento das unidades hospitalares, amparada nos artigos 19 e 20 da LC n.º 924/2019, a iNOVA Capixaba alterou seu Regulamento de Compras e Contratações, em 08 de março de 2023, para incluir um capítulo que dispõe das Medidas Administrativas Especiais para Compra de Materiais Médicos e Medicamentos. Para tanto, na elaboração do documento, foram considerados os princípios da administração pública²⁴ somados aos da governança da compra pública²⁵ – positivados pela Lei Federal n.º 14.133/2021, para desenvolver um procedimento especial para as aquisições rápidas e seguras do ponto de vista jurídico, da transparência e do controle social.

A Fundação de Inovação em Saúde do Espírito Santo foi ousada ao consolidar em seu Regulamento de Compras e Contratações um procedimento inédito que visou fazer a subsunção do caso concreto ao texto normativo, dos princípios da compra pública, alinhando ao dever, que segundo Fortini, (2022, p. 203) é de “evitar a ocorrência de desperdício de recursos públicos e promover a prestação de serviços adequados ao cidadão-usuário deve ser o objetivo de todas as organizações públicas e a governança é a bússola que guia a atuação da gestão para entrega de melhores resultados.”

²⁴ Legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

²⁵ Interesse público, probidade administrativa, igualdade, planejamento, transparência, eficácia, segregação de funções, motivação, vinculação ao edital, julgamento objetivo, segurança jurídica, razoabilidade, competitividade, proporcionalidade, celeridade, economicidade e desenvolvimento nacional sustentável.

Vale destacar que todas essas oportunidades de inovação devem ser tratadas com muito zelo, observando o grande desafio de que a integridade alcance todos os níveis da gestão, até que chegue a quem de direito, o paciente, que deve ter um tratamento humanizado e amparado nas melhores práticas de governança corporativa e compliance.

É preciso investir em tecnologia, capacitação de pessoal, gestão administrativa eficiente, mas sempre lembrando que o principal capital da iNOVA Capixaba é o humano. São os talentos multidisciplinares que, somados, podem fazer emergir a força da transformação social por meio da saúde pública. Não se pode esquecer que propiciar instrumentos internos hábeis ao desenvolvimento das atividades, da concentração e do esmero, com bem-estar e respeito às diferenças, é um dever da alta gestão.

Como um dos desafios mais latentes da Fundação, identifica-se a implementação de uma forma de trabalho administrativo acolhedora, que possa considerar as especificidades de cada atividade e de cada indivíduo que a desenvolve, como por exemplo: a adoção de condições para a promoção do trabalho para pessoas com deficiência e do teletrabalho, que se conectam, de um lado pela eliminação das barreiras físicas para a execução das competências e, de outro, pela possibilidade de escolha a melhor forma de bem-estar, com a efetiva medição de entregas, de acordo com as particularidades sociais, psicológicas, físicas e técnicas. Ao citar Jackson (1999)²⁶ Silva – em 2004, muito antes do mundo pensar que viveria uma pandemia de COVID-19 – já afirmava que “o teletrabalho é algo que transcende a barreira do tempo e do espaço, o que permite realizar inúmeras tarefas simultaneamente, numa ampla abrangência geográfica, limitada apenas pela disponibilidade tecnológica” e que “a organização que aprende em ambiente remoto exige um profissional multiespecialista capaz de adaptar-se ao meio e resolver problemas de quaisquer natureza”. Depreende-se ser exatamente esse o grande desafio do profissional que atua administrativamente na iNOVA Capixaba, o “multiespecialismo”²⁷ para dar condições inovadoras – e ao mesmo tempo seguras – promovendo, com isso, um salto de

²⁶ JACKSON, P. (Ed.). *Virtual working*. London: Routledge, 1999.

²⁷ Qualidade de quem detém conhecimento profundo sobre sua área e sabe também sobre as áreas de conhecimento complementares.

qualidade no atendimento de saúde à população brasileira, que é prestado por excelentes equipes da área assistencial.

Na esteira da inovação, como exemplo para superar barreiras administrativas, na data de 31/07/2023 o Governo Federal, por meio do Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos, editou a IN/MGI²⁸ n.º 24 que, no âmbito do Programa de Gestão e Desempenho (PDG)²⁹, visa à implementação da orientação por resultados, com base em evidências e foco na melhoria contínua das entregas. O artigo 2º da instrução normativa dispõe sobre os objetivos do programa, entre os quais destacam-se: otimizar a gestão dos recursos públicos; atrair e reter talentos; aprimorar o desempenho institucional, das equipes e dos indivíduos; e **contribuir para a saúde e a qualidade de vida no trabalho dos participantes** (grifo nosso).

Dentre outras disposições inovadoras, a norma prevê o teletrabalho do exterior e a prioridade de acesso ao programa a pessoas com deficiência ou que sejam pais ou responsáveis por dependentes na mesma condição e com mobilidade reduzida. O Governo Federal teve uma visão para além de um banheiro adaptado nos prédios da administração, preocupando-se também com o deslocamento das pessoas com deficiência, que nem sempre encontram transportes públicos adequados, passeios de ruas com rampa e aptos ao acesso de cadeiras de rodas para ir ao local de trabalho ou para usufruir de seu horário de almoço. Ter uma norma – item que atende à governança corporativa – que prevê condições previamente pactuadas³⁰ para a participação no PDG – item que atende ao compliance – e que oportuniza aos colaboradores ter qualidade de vida para exercer suas funções é uma das ferramentas mais aderentes, no país, no campo do tão falado ESG³¹.

²⁸ Instrução Normativa Conjunta SEGES-SGPRT /MGI n.º 24, de 28 de Julho de 2023.

²⁹ Art. 1º [...]

Parágrafo único. O PGD é um programa indutor de melhoria de desempenho institucional no serviço público, com foco na vinculação entre o trabalho dos participantes, as entregas das unidades e as estratégias organizacionais.

³⁰ Art. 3º [...]

XII - Termo de Ciência e Responsabilidade (TCR): instrumento de gestão por meio do qual a chefia da unidade de execução e o interessado pactuam as regras para participação no PGD;

³¹ Sigla para as palavras em inglês Environmental, Social e Corporate Governance que é uma abordagem de atuação para as instituições que propõe ir além – em seus objetivos sociais – da maximização dos resultados financeiros e se preocupar com as pessoas,

A administração pública, quando permite o acesso, o bem-estar e que, por exemplo, um empregado/servidor possa contribuir com a gestão interna a partir de experiências vivenciadas no exterior, ousa para permitir o aumento da performance e, conseqüentemente, melhores entregas de políticas públicas para a sociedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que ultrapassadas as fases de criação e de estruturação mínima da iNOVA Capixaba, solidificando, em seus instrumentos normativos internos princípios de governança corporativa e instrumentos hábeis à cultura íntegra, o desafio desenhasse na manutenção da sua essência enquanto modelo criado para transformar e na quebra de paradigmas conservadores para promover a inclusão dos diversos tipos de atores que poderão fazer o inédito, de forma segura e consciente, mas também preservando o seu bem-estar, a sua capacidade técnica – de acordo com cada especificidade laboral. Possibilita-se, assim, o acolhimento de diversos tipos de profissionais qualificados que não sejam considerados “padrão”, mas que tenham a capacidade incrível de fazer a diferença, justamente por serem respeitados em suas particularidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. Racismo Estrutural. São Paulo: Jandaíra, 2021.

BLIACHERIENE, A.C.; BRAGA, M.V.A; RIBEIRO, R.J.B. (Coord.). Controladoria no Setor Público. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 de julho de 2023.

com o meio ambiente, entre outros, no chamado “desenvolvimento sustentável”. A sigla surgiu a primeira vez no ano de 2004, num grupo de trabalho do *Principles for Responsible Investment* (PRI), ligado à ONU – Organização das Nações Unidas.

CORTELLA, M. S. Educação, convivência e ética audácia e esperança. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

CORTELLA, M. S. Qual é a tua obra? Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

DUARTE, L.S. *et al.* Guia de Integridade para Instituições Privadas. 2019. Disponível em: https://cge.mg.gov.br/phocadownload/arquivos_diversos/pdf/GUIA_INTEGRIDADE_Iniciativa_privada.pdf. Acesso em: 30 de julho de 2023.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 4585-R, de 5 de março de 2020. Cria a Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba, aprova o seu estatuto social e dá outras providências. Disponível em: <https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Decretos/Decreto%204585-R%20Estatuto%20iNOVA.pdf>. Acesso em: 30 julho de 2023.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 924, de 17 de outubro de 2019. Autoriza o Poder Executivo a criar fundação pública de direito privado denominada Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba e dá outras providências. Disponível em: <https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis%20Complementares/LC%20924%20diario%20oficial.pdf>. Acesso em: 30 julho de 2023.

FORTINI, C.; OLIVEIRA, R.S.L.; CAMARÃO, T. (Coord.). Comentários à Lei de Licitações e Contratos Administrativos: Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021. Belo Horizonte: Fórum, v. 1, 2022.

FUNDAÇÃO Estadual de Inovação em Saúde: iNOVA Capixaba. Política de Governança Corporativa, 13 de outubro de 2020. Disponível em: <https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Governan%C>

3%A7a%20Corporativa/Politica%20de%20Governanca%20Corporativa%20iNOVA%20Capixaba.pdf. Acesso em: 30 de julho de 2023.

FUNDAÇÃO Estadual de Inovação em Saúde: iNOVA Capixaba. Política de Integridade, 29 de junho de 2021. Disponível em:

<https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Governan%C3%A7a%20Corporativa/Pol%C3%ADtica%20de%20Integridade%20iNOVA%20Capixaba.pdf>. Acesso em: 30 de julho de 2023.

FUNDAÇÃO Estadual de Inovação em Saúde: iNOVA Capixaba. Resolução CC/iNOVA n.º 02/2021: Regimento Interno e estrutura organizacional, 13 de setembro de 2021. Disponível em: [https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Institucional/Regimento Interno/Resolução CC iNOVA 02-2021 Regimento Interno alterada pela Res. 07-2021.pdf](https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Institucional/Regimento%20Interno/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CC%20iNOVA%2002-2021%20Regimento%20Interno%20alterada%20pela%20Res.%2007-2021.pdf). Acesso em: 30 de julho de 2023.

FUNDAÇÃO Estadual de Inovação em Saúde: iNOVA Capixaba. Resolução CC/iNOVA n.º 04/2021: Regulamento de Compras e Contratações, 13 de setembro de 2021. Disponível em: [https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Governanca Corporativa/Res 04-2021 Regulamento de Compras e Contratações e Regime de Adiantamento com medidas administrativas especiais 16-02 versao final com anexos.pdf](https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Governanca%20Corporativa/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CC%20iNOVA%2004-2021%20Regulamento%20de%20Compras%20e%20Contrata%C3%A7%C3%B5es.pdf). Acesso em: 30 de julho de 2023.

FUNDAÇÃO Estadual de Inovação em Saúde: iNOVA Capixaba. Resolução CC/iNOVA n.º 05/2021: Código de Ética Conduta e Integridade, 29 de outubro de 2021. Disponível em: [https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Resolu%C3%A7%C3%B5es/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CC%20iNOVA%2005-2021.pdf](https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Resolu%C3%A7%C3%B5es/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CC%20iNOVA%2005-2021%20Codigo%20de%20Etica%20e%20Integridade.pdf). Acesso em: 30 de julho de 2023.

FUNDAÇÃO Estadual de Inovação em Saúde: iNOVA Capixaba. Resolução CC/iNOVA n.º 01/2023: Altera a Resolução CC/iNOVA n.º 04/2021, 08 de março de 2023. Disponível em: <https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Resolu%C3%A7%C3%B5es/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CC%20iNOVA%2001-2023%20Altera%20a%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CC%20iNOVA%2004-2021.pdf>

A3o_CC_iNOVA_01-2023_Altera_04-2021_vers%C3%A3o_aprovada.%20ASSINADA.pdf. Acesso em: 30 de julho de 2023.

GIOVANINI, W. Compliance: a excelência na prática. 1ª edição. São Paulo: 2014.

MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS. INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA SEGES-SGPRT/MGI nº 24, de 31 de julho de 2023. Estabelece orientações a serem observadas pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC e do Sistema de Organização e Inovação Institucional do Governo Federal - SIORG, relativas à implementação e execução do Programa de Gestão e Desempenho - PGD. [S. l.], 31 jul. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-conjunta-seges-sgprt-mgi-n-24-de-28-de-julho-de-2023-499593248>. Acesso em: 31 de julho de 2023.

SILVA, R. T. O teletrabalho e suas influências na qualidade de vida no trabalho. 2004. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-01102008-003037/publico/RTS20080924.pdf>. Acesso em: 30 de julho de 2023.

TOMASIELLO, D. B. *et al.* Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/1/td_desigualdades_raciais_renda_publicacao_preliminar.pdf. Acesso em: 30 de julho de 2023.

ZENKNER, M.; DE CASTRO, R.P.A (Coord.). Compliance no Setor Público. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

**IMPLANTAÇÃO DA DIRETORIA DE CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NUMA FUNDAÇÃO PÚBLICA
DE DIREITO PRIVADO: O CASO DA FUNDAÇÃO
ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA BAHIA – FESF-SUS**

**IMPLEMENTATION OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND
INNOVATION DIRECTORATE IN A PUBLIC FOUNDATION
GOVERNED BY PRIVATE LAW: THE CASE OF THE
BAHIA STATE FOUNDATION FOR FAMILY HEALTH -
FESF-SUS**

Alisson Santos de Sousa

Administrador, Mestre em Políticas Públicas, Diretor de Gestão de
Serviços da FESF-SUS, <http://lattes.cnpq.br/6220393023139654>,
alissousa@gmail.com.

Karla Maria Martins Brito Gama

Odontóloga Sanitarista, Mestranda em Tecnologias de Saúde, Gestora de
Inovação da FESF-tech, <http://lattes.cnpq.br/3791605363332155>,
karlambgama@yahoo.com.br.

Resumo

Pretende-se realizar um relato de experiência do processo de implantação da Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação na Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS). Esta é uma Fundação Pública de Direito Privado instituída por 69 municípios baianos em 2009, com a governança do Governo do Estado da Bahia no seu Conselho Curador e representa uma iniciativa inovadora desde a sua criação, desenvolvendo e incorporando novos processos na gestão do SUS no Estado da Bahia. A capacidade de produzir soluções diante de novas demandas é uma característica presente em toda história da Fundação. Assim, diante do cenário do aumento da complexidade dos desafios no SUS, aliado à oferta crescente de novas tecnologias, a FESF-SUS entendeu como necessária a implantação de uma Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação. Tal iniciativa possibilita a celebração de parcerias, expandindo sua capacidade de identificar e avaliar problemas, tecnologias, oportunidades e novas receitas para além dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Fundação Estatal de Saúde, SUS, Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Abstract

The aim is to report on the experience of setting up the Science, Technology and Innovation Directorate at the State Family Health Foundation (FESF-SUS). This is a public foundation established by 69 municipalities in Bahia in 2009, with the governance of the State Government of Bahia on its Board of Trustees. It has been an innovative initiative since its creation, developing and incorporating new processes into the management of the SUS in the State of Bahia. The ability to produce solutions in the face of new demands is a characteristic present throughout the Foundation's history. Thus, faced with the scenario of the increasing complexity of the challenges in the SUS, coupled with the growing supply of new technologies, FESF-SUS considered it necessary to set up a Science, Technology and Innovation Department. This initiative makes it possible to enter partnerships, expanding its capacity to identify and evaluate problems, technologies, opportunities and new revenues beyond the resources of the Unified Health System (SUS).

Keywords: State Health Foundation, SUS, Management of Science, Technology and Innovation in Health.

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) é uma Fundação Pública de Direito Privado instituída por 69 municípios baianos em 2009, após processo de debates envolvendo os atores sociais que constroem o Sistema Único de Saúde (SUS) na Bahia. O surgimento da FESF-SUS buscou inovar a gestão do SUS por apresentar um novo modelo que nasce da combinação entre duas modalidades de instituições públicas da administração brasileira: as autarquias e as empresas estatais. Constitui-se uma entidade pública, intermunicipal, integrante da administração indireta dos municípios instituidores, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e dotada de personalidade jurídica de direito privado. (FESF, 2018).

A FESF-SUS conta com uma estrutura de governança colegiada, moldada para atender as necessidades e especificidades de um sistema como o SUS. O órgão deliberativo máximo da instituição é o seu Conselho Curador, que contempla em sua composição os diversos atores que constroem o SUS na Bahia. (FESF, 2018).

Em 2018, foi elaborado o Planejamento Estratégico da FESF-SUS, para o triênio 2018-2021, com a contribuição dos seus trabalhadores e de atores externos. O PE 2018-2021 foi alinhado com as estratégias do Governo, contribuindo para melhoria dos processos de gestão e avaliação do desempenho institucional da FESF-SUS, bem como ampliando as ações para fortalecimento da integridade institucional (FESF, 2018). Dentre suas contribuições, o PE reavaliou a identidade institucional da Fundação, em alinhamento com as novas demandas de inovação e tecnologia no SUS. Adotando como Missão produzir “Soluções inovadoras para o SUS” e Visão “Consolidar-se como instituição produtora de inovação, cuidado humanizado e formação para o SUS”.

Assim, em consonância com as novas Visão e Missão do PE 2018-2021, a Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação (DCTI) da FESF-SUS foi instituída a em 29 de junho de 2018 através do Ato Administrativo nº 124 e inaugurada em 23 de novembro de 2018, no Parque Tecnológico da Bahia. Na perspectiva de ser um HUB em saúde na Bahia, promovendo um ecossistema favorável para estimular a produção de novos conhecimentos direcionados às necessidades do SUS, com o desenvolvimento de projetos tecnológicos e de inovação. Pode-se afirmar que a FESF-SUS “é um ator público que orienta a política de inovação pelo lado da demanda e atua tanto como uma incubadora de projetos de inovação tecnológica em saúde como também aceleradora de projetos que iniciaram a prospecção do mercado saúde, mas ainda não possuem a escala de comercialização e de utilização da tecnologia desenvolvida” (SOUSA). Tudo isso orientado pelo interesse público.

2. ECOSSISTEMA DE INOVAÇÃO

A escolha do Parque Tecnológico como localização da Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação (DCTI) da FESF-SUS, considerou o potencial deste espaço para estabelecer parcerias e interconexões. Empresas localizadas em tais parques podem beneficiar-se da troca de informações, da possibilidade de parcerias com outras organizações, da infraestrutura, dos serviços de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e de incubadoras tecnológicas, elementos importantes, principalmente, para empresas emergentes em nichos específicos de mercado ou para empresas novas que surgem a partir

de uma empresa maior, de uma universidade ou de um centro de pesquisa público ou privado. (TARTARUGA, I)

O ecossistema de inovação é fator imprescindível para que as conexões e parcerias aconteçam. É um sistema dinâmico, formado por pessoas e instituições interconectadas, fundamentais para estimular o desenvolvimento tecnológico e econômico, envolvendo um conjunto de atores da indústria, academia, associações, órgãos econômicos, científicos e do governo em todos os níveis. (WANG, J. F)

No Brasil, as indicativas são para a criação de ambientes de inovação com o viés de promover a integração de empresas e Instituições de Ciência e Tecnologia (ICTs) locais visando à transferência de tecnologia e, conseqüentemente, o desenvolvimento regional (MCTI, 2010a).

Nesta perspectiva, o mapeamento do ambiente de inovação do Parque Tecnológico da Bahia e aproximação com os possíveis parceiros foram as primeiras ações para implantação da FESF-tech (nome fantasia da DCTI da FESF-SUS). Duas instituições de ensino e pesquisa em saúde foram identificadas como potenciais parceiras, o Polo de Inovação em Saúde do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) e o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia).

Da conexão entre FESF-tech, IFBA e CIDACS, surgiu a proposta do grupo **‘Saúde no Parque’** com os seguintes objetivos: Apresentar o modelo de desenvolvimento produtivo do setor saúde ancorado no conceito de Complexo Industrial da Saúde; auxiliar no desenvolvimento da inovação em saúde na Bahia, tendo como um dos principais equipamentos o Parque Tecnológico; e propor ações para desenvolvimento do CIS na Bahia a partir do Parque Tecnológico.

Para tanto, seria necessário realizar estudos visando identificar os atores e iniciativas do sistema de inovação em saúde no estado da Bahia; promover eventos para aproximação desses atores no Parque Tecnológico; atuar junto à coordenação do Parque/SECTI para auxiliar na captação de eventos, oportunidades e auxílio técnico para dinamizar a área de saúde; propor modelo preliminar para desenvolvimento da inovação em saúde na Bahia; realizar seminário para discussão do modelo preliminar com todos os atores identificados; apresentar proposta de desenvolvimento do CIS na Bahia.

Sob a justificativa da saúde como um importante vetor de desenvolvimento e estratégia, ou seja, entendendo a saúde como fator estruturante do Estado de Bem-Estar Social (determinante para qualidade de vida e condição de cidadania), como indutor de crescimento econômico e também como fator de geração de inovação (representando 30% do esforço nacional de P&D).



FESFtech sedia a 1ª reunião do Grupo de Saúde do Parque

A diretoria da FESFtech recebeu, nesta quarta-feira (6), representantes das principais instituições instaladas no Parque Tecnológico que atuam [...]

07/02/2019 | FESF

[Leia mais... >](#)

Figura 1

3. POLÍTICA DE INOVAÇÃO

A inovação está no cerne da concepção do SUS (Santos e Andrade, 2009) por ser o único sistema público, universal e gratuito de saúde em um país com mais de 100 milhões de habitantes (Brasil, 2018). O investimento no desenvolvimento científico, tecnológico e inovação na saúde está assegurado pela Constituição Federal como uma das competências do SUS, em seu artigo 200, inciso V e, posteriormente, pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015.

O Ministério da Saúde tem realizado esforços para consolidar e ampliar os marcos regulatórios que permitem ao Estado atuar de forma mais acentuada no fortalecimento da soberania tecnológica e ampliação do acesso ao SUS. Nesse contexto, destacam-se a formulação e a implementação de políticas públicas como: Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS); Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde do Ministério da Saúde (PNCTIS) e Política Nacional de Inovação Tecnológica (PNITS). Além do marco legal da inovação, instituído pela lei nº 13.243/2016 e regulamentado pelo decreto nº 9.283/2018 que incentiva a atividade de inovação nas empresas e nas instituições

de ciência e tecnologia (ICTs), simplificando os processos para gestão de projetos de ciência, tecnologia e inovação. (Brasil, 2018)

No ano seguinte à implantação da DCTI, a FESF-SUS implementou sua Política de Inovação através de Ato Administrativo nº 13/2019 (ANEXO I), em consonância com os ditames previstos pela Lei 10.973/2004 (Lei de Inovação), Lei 13.243/2016, Decreto 9.283/2018 e demais regras do arcabouço jurídico brasileiro. Observando as cláusulas pétreas da Fundação e as decisões das instâncias deliberativas, especialmente o Conselho Curador e a Diretoria Executiva. A Política de Inovação foi atualizada posteriormente em 2020, através de Ato Administrativo nº 253/2020.

4. GESTÃO DA INOVAÇÃO

A implementação da Gestão da Inovação na FESF-SUS constituiu, em si, uma inovação organizacional para a Fundação. A capacidade de inovação de uma organização é conformada por quatro elementos: Gestão da Inovação, Recursos Humanos, Tecnologia e Propriedade Intelectual (OCDE, 2018). Gestão da Inovação é a área da administração que trata da conversão eficiente de ideias em inovações. Tem como aliada a Gestão do Conhecimento, insumo indispensável para a inovação, e como estratégia principal, promover a colaboração entre as áreas e unidades de uma organização e entre esta e atores externos, para aumentar sua capacidade de identificar problemas e oportunidades, enriquecer e acelerar o exercício criativo de construção de soluções e minimizar o risco inerente à atividade de inovação. As pessoas são o elemento central da inovação, detentoras do conhecimento e da capacidade criativa; a tecnologia, em sentido amplo, viabiliza a inovação, dando-lhe materialidade; e a propriedade intelectual estimula o investimento e facilita o acesso e a comercialização das novidades.

Ao implementar a Gestão da Inovação, a FESF-SUS instrumentalizou a FESF-*tech*, ampliando sua capacidade de desenvolver tecnologias de forma colaborativa e sustentável, envolvendo instituições públicas e privadas - governos, universidades, serviços, instituições de pesquisa, empresas, fundos de fomento e investimento, entre outros – no esforço contínuo de qualificar a atenção à saúde, com serviços e práticas que servem tanto à gestão pública quanto ao setor privado.

O projeto teve início em fevereiro de 2019 e seu desenvolvimento contemplou quatro estágios: Plano de Projeto, Oficina de Ideação, Desenvolvimento e Teste, e foi orientado pelas seguintes abordagens metodológicas: Aprendizagem Vivencial, Design Thinking, Gestão Ágil e Gamificação.

4.1. Objetivo

Estruturar e implementar Gestão da Inovação na FESF-SUS, tomando por base as melhores práticas aplicadas por organizações reconhecidamente inovadoras no Brasil e no mundo.

4.2. Objetivos específicos

- 4.2.1. Projetar e implementar boas práticas de inovação na FESF-SUS: atividades internas que estimulam a geração, o compartilhamento e o desenvolvimento de conhecimento e ideais entre os colaboradores e fomentam a inovação aberta, promovendo a colaboração entre a fundação e Instituições de Ciência e Tecnologia – ICT, Instituições de Ensino Superior (IES), empresas e Organizações da Sociedade Civil (OSC).
- 4.2.2. Revisar a Política de Inovação da Fundação.
- 4.2.3. Desdobrar a Estratégia Corporativa em estratégias de inovação para o próximo triênio.
- 4.2.4. Desenvolver o conteúdo para a capacitação das pessoas da Fundação no tema da inovação.

4.3. Escopo do projeto

4.3.1. Plano de Projeto

Construção do Plano de Projeto com a equipe da FESF-SUS envolvida no desenvolvimento do programa, visando alinhar entendimentos e expectativas. O trabalho seguiu a abordagem ágil proposta pelo PMCANVAS (<http://pmcanvas.com.br/>).



Figura 2



Figura 3

4.3.2. Oficina de Ideação - Maratona de Inovação

A Maratona de Inovação foi orientada pelo método do Design Thinking, envolvendo 40 colaboradores (Agentes de Inovação) de diferentes áreas e unidades da rede FESF-SUS, na proposta de engajá-los no processo de construção do programa de inovação. Na oficina, as equipes foram desafiadas a esboçar ferramentas e práticas para facilitar a colaboração nas atividades de inovação e favorecer a disseminação da cultura de inovação na Fundação. A oficina ofertou um espaço lúdico e seguro para os trabalhadores compartilharem suas perspectivas e entendimentos iniciais sobre o programa de inovação a ser construído.



Figura 4



Figura 5



Figura 6

4.4. Desenvolvimento

O desenvolvimento do programa de inovação da Fundação, foi guiado por uma versão customizada do método SPRINT sistematizado pela Google. O método permite esboçar soluções em um espaço curto de tempo, de forma imersiva e assertiva. Orientados pelo Design Thinking, a equipe do projeto elaborou e testou ideias, por meio de atividades práticas, exercícios colaborativos, interação com usuários e muita troca de experiências. O SPRINT culminou com a entrega de um esboço das práticas, artefatos e agenda de inovação, prontos para avançar para a fase de prototipagem.

Nesta etapa também foi realizada a revisão da Política de Inovação e o desenvolvimento de conteúdo no formato de curso EAD para capacitar os trabalhadores sobre o tema inovação, qualificando a participação de todos nas atividades propostas.



Figura 7

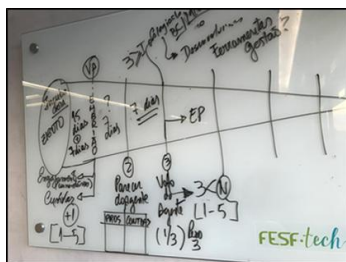


Figura 8

4.5. Teste piloto

Representou a implementação assistida dos elementos do programa com um público reduzido para captar a experiência do usuário, analisar a efetividade da solução encontrada e promover ajustes.

Além do estímulo à inovação conforme definição apresentada pela OCDE, o Programa de Inovação da FESF-SUS incentivou também a geração de propostas de melhoria de menor grau de novidade.

O desenvolvimento de uma Plataforma Tecnológica de gestão de ideias surgiu como desdobramento da implementação do programa de gestão da inovação na FESF-SUS. Os produtos das oficinas desenvolvidas foram utilizados para modelar um MVP (Mínimo Produto Viável) da Plataforma Tecnológica, o **Portal Inova+FESF**.



Figura 9



Figura 10

5. PARCERIAS E PROJETOS

Segundo a Política de Inovação da FESF-SUS, a Fundação poderá estabelecer parcerias com instituições públicas ou privadas, empresas, nacionais ou internacionais, e inventores independentes, para aquisição de tecnologias, devendo observar as seguintes diretrizes: I - O estabelecimento de regras transparentes para garantir parcerias justas e equânimes e que protejam o interesse público; II - As parcerias deverão ser estabelecidas a partir de abordagens e práticas que funcionem como impulsionadores de pesquisa científica,

desenvolvimento tecnológico e inovação, buscando-se tecnologias com perspectiva de longo prazo e passíveis de desdobramentos futuros, evitando-se aquisição de tecnologias em processo de obsolescência e/ou em situação de conflito de interesse; III - A criação de mecanismos de avaliação, seleção e monitoramento do processo de incorporação de tecnologias em conformidade com a estratégia da instituição.

Para a formalização das parcerias, previamente ao início do desenvolvimento das atividades, deverá ser assinado um Termo de Cooperação Técnica (TCT) instrumento jurídico específico que contém plano de trabalho e que disciplina os termos e condições para a execução, regulamentando, inclusive, as questões relativas à propriedade intelectual, com vistas a evitar e minimizar eventuais conflitos que envolvam direitos sobre os resultados gerados.

Quadro 1: Termos de Cooperação Técnica assinados no primeiro ano da FESF-tech

INSTITUIÇÃO	
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação da Bahia (SECTI)	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)
Município de Juazeiro	Município de Senhor do Bonfim
Instituto Santos Dumond	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Rocket Aceleradora	Universidade estadual de Santa Cruz (UESC)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA)	Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)

A Encomenda Tecnológica (ETEC) foi outro instrumento jurídico utilizado pela FESF-SUS em algumas parcerias de inovação. Trata-se de uma compra pública voltada para encontrar solução para determinado problema por meio de desenvolvimento tecnológico. Ou, formalmente, as ETECs são tipos especiais de compras públicas diretas voltadas a situações muito específicas nas quais exista risco tecnológico. Entende-se como risco tecnológico aquele derivado do desconhecimento das reais possibilidades tecnológicas e do próprio comportamento da tecnologia na aplicação de determinada solução. (Ipea, 2019)

As ETECs partem sempre de uma demanda específica. Seu objetivo é solucionar determinado problema cuja solução não esteja

disponível ao demandante. Portanto, o desenvolvimento tecnológico é um meio para atingir determinado fim. Isto é, enquanto compra pública, o objetivo único da ETEC é tentar encontrar uma solução, e não promover o desenvolvimento científico e tecnológico descompromissado. (Ipea, 2019)

No período de implantação da DCTI foram celebradas duas ETECs, a primeira para o Projeto Saúde On, sistema de monitoramento online da saúde do paciente. E a segunda para a Plataforma IPes, plataforma de interoperabilidade do registro eletrônico no SUS.

5.1. Saúde On - Sistema De Monitoramento Online Da Saúde Do Paciente

Trata-se de uma Encomenda Tecnológica que surgiu mediante Acordo de Parceria firmado entre a Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS), Instituto Federal da Bahia (IFBA) e MDS Ltda, com interveniência da Fundação Escola Politécnica da Bahia, no âmbito da EMBBRAPIL.

O Projeto Saúde On consiste no desenvolvimento de tecnologias de Internet das Coisas (IoT), oferecendo um sistema embarcado para monitoramento remoto e domiciliar dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca) e saturação periférica de oxigênio (SpO2) do paciente (coleta pelos sensores via bluetooth, armazenamento local, transmissão e armazenamento central); lembrete da administração do medicamento ou cuidado (prescrição pelo profissional, ciência da prescrição, aprazamento e registro de administração realizada ou de cuidado realizado); notificação de sinal de emergência ou queda do paciente; e agendamento de visita dos profissionais.

Tem como objetivo ofertar uma solução de baixo custo, monitorando os sinais vitais no domicílio do paciente através de um módulo eletrônico (concentrador) que envia esses sinais para um servidor e uma interface web, possibilitando interação com profissionais de saúde em tempo real. A proposta é monitorar o paciente 24h através de uma Central de Atenção Domiciliar, composta por equipe multiprofissional.

Como resultado, foi desenvolvido um MVP (Mínimo Projeto Viável) que possui uma interface amigável via internet e sistema microprocessado para aquisição e transmissão de dados

biomédicos. O projeto é inovador, porque não existe solução semelhante no mercado e justifica-se pelo melhor atendimento ao paciente, otimização do uso dos leitos hospitalares, redução de custos com perdas e minimização de riscos severos por falta de acompanhamento continuado do paciente.

O software desenvolvido no projeto recebeu o Certificado de Registro de Programa de Computador pelo INPI (Instituto Nacional de Propriedade Intelectual) e o módulo eletrônico recebeu patente junto ao INPI - BR 10 2020 013956 8 - Título: "Concentrador eletrônico de sinais vitais do paciente".

5.2. APP Gestão do Parto Natural Humanizado

Projeto desenvolvido em parceria com a UFBA, na proposta de apoio ao acompanhamento, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde de atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal.

É uma solução tecnológica para qualificar a gestão do serviço de Parto Humanizado, desenvolvida a partir de um trabalho de conclusão de curso de um aluno da graduação do Curso de Ciência da Computação da UFBA, não havendo necessidade de investimento financeiro pela FESF. Sendo iniciado no ano de 2018 e no ano de 2019 foi finalizado o seu desenvolvimento, aguardando apenas a etapa da implementação do projeto piloto.

5.3. Custo Total da Propriedade – CTP

Projeto desenvolvido em parceria com o IFBA com o objetivo de desenvolver um software para aplicação do conceito de Custo Total de Propriedade na aquisição de equipamentos médico-hospitalares (EMH) e que contempla todos os custos durante a vida útil do produto.

Os custos do ciclo de vida de qualquer equipamento médico incluem não apenas o custo de aquisição, mas também os custos relacionados à ambientação, operação e descarte. Esses elementos devem ser considerados de forma abrangente no momento da compra do equipamento, em vez de se concentrar exclusivamente no custo inicial de aquisição.

5.4. APP Regulação De Leitos Hospitalares

Projeto desenvolvido em parceria com a Escola de Administração da UFBA e custeado em sua integralidade pelo recurso

da FAPESB/PPSUS. É uma Solução tecnológica para o sistema SuremWeb que viabiliza transparência no processo regulatório, ampliando o acesso direto a distintos níveis de informações sobre os serviços de saúde regulados, tanto para gestores quanto para usuários.

5.5. iPeS

A iPeS é um projeto inovador, resultado de uma Encomenda Tecnológica, protagonizada pela FESF-SUS e parceiros privados com expertise em interoperabilidade para viabilização de uma ferramenta inovadora, potente, a serviço do SUS, com rápido desenvolvimento e potencial de geração de emprego e renda.

Trata-se de uma Plataforma de Interoperabilidade que consegue integrar informações de saúde dos diferentes prontuários eletrônicos, aplicações e sistemas de informação em saúde – da atenção básica ao hospital; dados clínicos, laboratoriais e de vigilância; dos serviços públicos e privados – e organizá-las gerando um Registro Eletrônico de Saúde que contém as informações de saúde dos diversos pontos da rede de atenção, com acessibilidade e segurança, apoiando governos, profissionais de saúde e usuários nas tomadas de decisões e fomentando ecossistemas de inovação.

Benefícios da iPeS:

- Acesso dos usuários às suas informações de saúde, promovendo autonomia do cidadão no autocuidado;
- Acesso à informação de qualidade, com transparência e segurança, visando o desenvolvimento tecnológico, inovação e melhoria das políticas públicas;
- Maior efetividade e eficiência das intervenções, otimizando ofertas de serviços de saúde à população;
- Uso eficiente de tecnologias de informação e comunicação nos processos de gestão e de cuidado do Sistema Único de Saúde;
- Apoio na gestão de recursos públicos, no planejamento dos investimentos, no controle e na prevenção de riscos;
- Fortalecimento da transformação digital.

5.6. Respirador Portátil

Este projeto é resultado de uma colaboração entre a FESF-SUS e a Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB). Seu objetivo principal é desenvolver um respirador artificial de baixo

custo, equipado com um Reanimador Manual (Ambu), destinado ao tratamento de pacientes com insuficiência respiratória que não têm acesso a leitos com respiradores mecânicos.

O projeto é composto por duas fases distintas:

1ª Fase - Engenharia com Suporte na Área da Saúde (Desenvolvimento do Protótipo): Nesta fase inicial, a equipe de engenharia da UFRB desempenhou um papel fundamental, oferecendo suporte técnico no desenvolvimento e programação do protótipo.

2ª Fase - Saúde com Suporte na Área da Engenharia (Validação do Protótipo): A segunda fase concentra-se na validação do protótipo. O protótipo, agora funcional e entregue como um Produto Mínimo Viável (MVP), está atualmente em processo de homologação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Este projeto representa um esforço conjunto para fornecer soluções acessíveis e eficazes para pacientes que necessitam de suporte respiratório, contribuindo para a melhoria da saúde pública.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo das fundações públicas de direito privado na área da saúde, que depende exclusivamente dos recursos provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas vezes enfrenta desafios financeiros que tornam difícil a manutenção eficaz dos serviços. Esses recursos, muitas vezes, mostram-se insuficientes para garantir a operação eficiente, econômica e com resolutividade das unidades de saúde sob sua gestão. Como resultado, a qualidade e a satisfação dos usuários do sistema de saúde podem ser comprometidas.

Nesse contexto, é essencial que as fundações públicas de direito privado busquem alternativas não apenas para resolver os problemas e desafios cotidianos dos serviços de saúde, mas também para obter novos recursos que permitam melhorias contínuas na assistência prestada e o estabelecimento de um ambiente propício à pesquisa e desenvolvimento em prol do bem público, sem fins lucrativos e sem a mercantilização da saúde.

É por isso que a criação de uma Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação nas Fundações Estatais de Saúde se mostra fundamental para garantir a sustentabilidade desse modelo de

atendimento público e gratuito. Essa iniciativa visa assegurar a eficiência, eficácia, controle público e social, bem como proporcionar entregas consistentes e duradouras à sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 2019. Encomendas Tecnológicas no Brasil: Guia geral de boas práticas / André Tortato Rauen, Caio Márcio Melo Barbosa. – Brasília. ISBN: 978-85-7811-346-9

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Fomento às pesquisas em terapia celular e células-tronco no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44. n. 4, p. 763-764. 2010a.

FESF-SUS, 2018. Plano Estratégico FESF - SUS 2018- 2021.

FINOCCHIO. José Jr, Project Model Canvas, Gerenciamento de Projetos sem Burocracia, Editora Campus, São Paulo – SP. Disponível em: <http://pmcanvas.com.br>

OCDE/Eurostat (2018), Manual de Oslo 2018: Diretrizes para Coletar, Reportar e Usar Dados sobre Inovação, 4ª Edição. A Medição de Atividades Científicas, Tecnológicas e de Inovação, OCDE Publishing, Paris/Eurostat, Luxemburgo, <https://doi.org/10.1787/9789264304604-en>

SOUSA, Alisson Santos de. Inovação Tecnológica em Saúde: Desafio e oportunidades para o desenvolvimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde na Bahia. Dissertação de Mestrado. Salvador, FLACSO/FPA, 2021.

TARTARUGA, I. Os principais parques científicos e tecnológicos gaúchos: estrutura e características. Indicadores Econômicos FEE, v. 44, n. 1, p. 93-106, 2016.

WANG, J. F. Framework for university-industry cooperation innovation ecosystem: factors and countermeasure. In: Challenges in

Environmental Science and Computer Engineering (CESCE), 2010 International Conference. IEEE, 2010. p. 303-306.

OS DESAFIOS E AS TRANSFORMAÇÕES DA FESF-SUS EM SEUS 14 ANOS DE HISTÓRIA

THE CHALLENGES AND TRANSFORMATIONS OF FESF-SUS IN ITS 14-YEAR TRAJECTORY

Leila Fraga Coutinho

Procuradora jurídica da FESF. Advogada especialista em direito sanitário pelo IDISA. Integrante da Câmara Técnica Jurídica da ANFES. Secretária-Adjunta da Comissão Especial de Direito à Saúde da OAB. Membro da Comissão Especial de Direito Médico e da Saúde da OAB-Bahia.

Resumo

Os 14 anos de trajetória da FESF foram marcados pelo enfrentamento de obstáculos importantes, relacionados à conjuntura nacional e local/regional. Alguns foram superados, como as resistências iniciais para a implantação do modelo, outros tiveram que ser contornados, e acabaram por modificar a forma de atuação da própria instituição, como a dificuldade para interiorização e fixação dos médicos e a grande inadimplência. O objetivo deste artigo, um relato de caso, é analisar essa rica trajetória e apontar, ou vislumbrar, os caminhos a serem percorridos pela FESF e, por extensão, pelas FE em todo o Brasil, unidas com a sua Associação Nacional. Para isto, está dividido em 05 partes, que representam etapas de desenvolvimento da Fundação: 1) Os desafios para a instituição da FESF – um inovador modelo de gestão no Estado da Bahia; 2) A FESF e a Estratégia de Saúde da Família – o desafio da interiorização com despreciação do trabalho e qualificação da atenção à saúde; 3) Ampliação do escopo de serviços e a busca de sustentabilidade - contratação pelo Governo do Estado; 4) Trilhando seu próprio caminho - residência médica e multiprofissional, primeiro emprego e investimento em inovação 5) Gestão hospitalar – o mais novo desafio. Conhecer a experiência da FESF e de seus pares, as dezenas de FE espalhadas por todo o território nacional, é fundamental para corrigir trajetória e consolidar o modelo compartilhando as dificuldades e as soluções encontradas, atuando de forma coletiva para a consolidação deste modelo que é peça importante para uma reforma que dote o estado das capacidades necessárias para bem atender os cidadãos, garantindo-lhes os direitos e aumentando a dignidade de um povo que tanto sofre com as iniquidades do país. Este é o papel da FESF, das FE e da sua

Associação Nacional. Portanto, viva a ANFES e os seus 10 anos de constituição!

Palavras-chave: FESF, Sustentabilidade, Inovação, Consolidação de Modelo de Fundação de Saúde.

Abstract

The 14-year history of the FESF (Family Health State Foundation) has been marked by major obstacles related to the national and local-regional situation. Some were overcome, such as the initial resistance to implementing the model, others had to be circumvented and ended up changing the way the institution itself operates, such as the difficulty in internalizing and retaining doctors and the high level of lack of payment. The aim of this article, a case report, is to analyze this rich trajectory and point out, or glimpse, the paths to be taken by the FESF and, by extension, by the EF's throughout Brazil, united with their National Association. To this end, it is divided into 5 parts, which represent stages in the Foundation's development: 1) The challenges of setting up the FESF - an innovating management model in the state of Bahia; 2) The FESF and the Family Health Strategy - the challenge of internalization with the de-skilling of work and the qualification of health care; 3) Expanding the scope of services and the search for sustainability - contracting by the State Government; 4) Walking its own path - medical and multiprofessional residency, first job initiative and investment in innovation 5) Hospital management - the newest challenge. Learning about the experience of the FESF and its partners, the dozens of EF's spread throughout the country, is fundamental to correcting the trajectory and consolidating the model by sharing the difficulties and solutions encountered, acting collectively to consolidate this model, which is an important part of a reform that equips the state with the necessary capacities to serve its citizens well, guaranteeing their rights and increasing the dignity of a people who suffer immensely from the country's inequalities. This is the role of the FESF, the FEs and their National Association. Therefore, long live to ANFES and its 10th year of existence!

Keywords: FESF, Sustainability, Innovation, Consolidation of a Health Foundation Model.

1. INTRODUÇÃO

Em ato comemorativo pelo decênio da sua constituição, a ANFES – Associação Nacional de Fundações Estatais, em parceria com o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e a Editora Saberes, convoca pesquisadores, acadêmicos, profissionais e especialistas, através de Edital, para submissão de artigos sobre Fundações Estatais, delineando temas sobre gestão e governança na área da saúde pública brasileira. Oportunidade para a Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS participar deste tão expressivo momento de celebração e ter seus registros divulgados em um consolidado de artigos que reúne boas experiências e referências para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O propósito deste artigo é dar continuidade às abordagens panorâmicas apresentadas em 2013, pelo Dr. Estevão Toffoli, à época diretor de Gestão de Serviços da FESF, quando publicou o artigo intitulado “Cinco Anos de Saúde da Família na FESF-SUS”, apresentando os desafios impostos para a fundação, publicado na revista comemorativa do 2º Seminário Nacional das Fundações Estatais de Saúde, também organizado pela ANFES. Neste momento, será apresentada de forma mais simples, mas não menos significativa, a permanente trajetória da FESF, fundação pública de saúde que tem como missão “produzir soluções inovadoras para o SUS”, registrando os desafios enfrentados e as relevantes conquistas no cenário baiano, quiçá, brasileiro.

Para isto, este artigo, um relato de caso, está dividido em 05 partes, que representam etapas de desenvolvimento da Fundação: 1) Os desafios para a instituição da FESF – um inovador modelo de gestão no Estado da Bahia; 2) A FESF e a Estratégia de Saúde da Família – o desafio da interiorização com despreciação do trabalho e qualificação da atenção à saúde; 3) Ampliação do escopo de serviços e a busca pela sustentabilidade – contratação pelo Governo do Estado; 4) Trilhando seu próprio caminho – residência médica e multiprofissional, primeiro emprego e investimento em inovação 5) Gestão hospitalar – o mais novo desafio.

2. OS DESAFIOS PARA A INSTITUIÇÃO DA FESF – UM INOVADOR MODELO DE GESTÃO NO ESTADO DA BAHIA

2.1. Um modelo em disputa

A discussão sobre a instituição de uma fundação estatal que promovesse uma carreira para os trabalhadores do SUS e a qualificação da atenção básica no Estado da Bahia foi iniciada no ano de 2007, no primeiro Governo Wagner. Mas, a discussão do modelo de Fundações Públicas de Direito Privado (FPDP), ou Fundações Estatais (FE), foi iniciada em 2005, pelo Ministério do Planejamento, tendo como marco principal o PL 92/2007, e pautada pela necessidade de reformar o estado brasileiro para atuar com mais efetividade e eficiência na prestação dos serviços sociais que garantissem os direitos dos cidadãos consagrados na Constituição de 1988 (MERHY; FRANCO; PINTO, 2007; SANTOS; PINTO, 2009; CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016).

O PL 92/2007 teve forte resistência do movimento sindical, principalmente da saúde, que, à época, de forma equivocada, via no modelo de gestão proposto um processo de privatização do SUS (MERHY; FRANCO; PINTO, 2007). Esta postura do movimento sindical, base social do governo, associada à resistência de setores do mercado da saúde e dos defensores do modelo de organização social (OS), que disputam os rumos da reforma do estado brasileiro, acabou levando ao engavetamento do PL 92/2007. Mas isso não foi suficiente para impedir o surgimento de muitas FE em todo o país, nem o esforço conjunto, em 2013, de 10 destas fundações para a criação da ANFES (que teve o Dr. Carlos Alberto Trindade, então Diretor Geral da FESF, como seu primeiro presidente), justamente com o objetivo central de lutar pela regulamentação do modelo.

Na Bahia, o movimento que levou à instituição da FESF teve como marcos a aprovação da Lei Estadual nº 29/2007, que “estabelece critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais, define a área de sua atuação, na forma do art. 17 da Constituição do Estado da Bahia”; a aprovação das FE como “uma das modalidades de gestão do SUS-BA”, na 7ª Conferência Estadual de Saúde; e a aprovação do Programa de Desenvolvimento Interfederado

da Estratégia de Saúde da Família da Bahia, pela Comissão Intergestores Bipartite³² (CIB-BA).

Da mesma forma que aconteceu nacionalmente, a instituição da FESF na Bahia sofreu forte oposição do movimento sindical, que atuou pela não aprovação da Lei e se movimentou na Conferência Estadual de Saúde para que o modelo de FE não fosse contemplado nas resoluções, rotulando-o como privatizante. Portanto, o primeiro desafio da FESF é vencido antes mesmo de seu nascimento, por meio de um forte trabalho técnico-político de diferenciação entre FE e OS, com materiais e apresentações que comparavam as características principais de ambos os modelos, demonstrando o caráter público das FE, braço especializado do estado para a prestação de serviços sociais. (FESF, 2009).

Hoje, 14 anos depois, com Plano de Emprego Carreiras e Salários (PECS) aprovado³³ antes mesmo do 1º concurso público; Mesa de Negociação Permanente instituída e ativa; contrato de trabalho, respeitando todas as normas legais e infralegais existentes, garantindo todos os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras; a FESF é defendida pela maior parte do movimento sindical no Estado, que viu o modelo de OS e as cooperativas crescerem no período e, de fato, precarizar ainda mais os vínculos dos trabalhadores do SUS. Além disso, entre os gestores, a insegurança na contratação das OS tem reforçado o modelo das FE como alternativa. O exemplo paradigmático é o do estado do Rio de Janeiro, onde escândalos envolvendo a contratação de OS levou até à prisão de governantes, e teve como um dos resultados a sanção da Lei nº 8.986/2020 e a revogação da Lei 6.043/2011, que regulamenta a contratação das OS pela administração pública estadual, a partir de julho de 2024.

2.2. Os desafios para instituição de uma Fundação plural e participativa

Enfrentada e vencida a batalha pela legitimação do modelo de FE na Bahia, o governo do Estado propôs a criação de 3 fundações. Uma atuaria na gestão hospitalar, que acabou não se concretizando; outra, a Fundação Baiana de Pesquisa Científica e Desenvolvimento Tecnológico, Fornecimento e Distribuição de Medicamentos -

³² Resolução CIB nº 123/2009.

³³ Deliberação do Conselho Curador FESF-SUS nº 46, da reunião extraordinária de nº 11 de 23 de janeiro de 2010.

Bahiafarma, através da Lei nº 11.371/2009, com finalidade de promover medidas para fortalecer a produção pública de medicamentos no Estado da Bahia; e a terceira, a FESF, para promoção do primeiro programa no Brasil de desenvolvimento interfederado da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a primeira carreira brasileira de abrangência estadual para os profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família (SESAB, 2007).

Por ter a atuação voltada, especialmente para a ESF, foi instituída pelos municípios, que são os gestores da atenção básica, e com forte apoio do governo do Estado, que atuou técnica e politicamente, formulando e articulando a sua criação por meio da ação da Diretoria da Atenção Básica (DAB); economicamente, por meio de subsídios à carreira, considerando as desigualdades entre os municípios e regiões, bem como a dificuldade na atração de profissionais de saúde, principalmente médicos; e na gestão, participando ativamente de sua governança, já que viria a integrar o Conselho Curador (COC), órgão deliberativo máximo da nascente instituição.

A partir de então, o governo do estado, por meio da DAB, lidera, junto com o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-BA), o processo de instituição da Fundação, que foi composto por um minucioso estudo do mercado de trabalho no estado e pesquisas para identificar os principais problemas da AB na Bahia e as maiores expectativas, do ponto de vista de gestores e trabalhadores da saúde. Estes subsídios, junto com a discussão sobre modelo de gestão, foram utilizados em amplo debate, constituído de vários momentos, que envolveu gestores e trabalhadores dos 417 municípios do estado, dos quais 256 assinaram protocolo de intenção para adesão e, destes, 69 aprovaram leis em suas câmaras legislativas, aprovando a instituição da FESF (CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016).

Em paralelo, comissão instituída na própria DAB iniciara os trabalhos para construção do arcabouço jurídico administrativo da Fundação, com foco inicial no seu estatuto social, que foi registrado em cartório, com a assinatura dos prefeitos dos 69 municípios instituidores, no dia 30/04/2009, formalizando a criação da FESF. Membros desta comissão, junto com gestores e trabalhadores que vieram de várias partes do estado e do país, compuseram o primeiro corpo de direção da Fundação, liderado por Dr. Hêider Aurélio Pinto,

então diretor da DAB, que, com a designação do Secretário Estadual de Saúde, Exmo. Sr. Jorge Solla, e o aval dos municípios instituidores, do COSEMS, dos representantes do Conselho Estadual de Saúde e das universidades públicas do estado, que compunham o COC³⁴, foi eleito o primeiro Diretor Geral da FESF-SUS³⁵.

Esta primeira equipe de gestão foi a responsável por estruturar a 1ª sede administrativa, localizada na Rua Portugal, nº 20, no Comércio, em Salvador-BA; construir todo o arcabouço jurídico administrativo da recém-nascida FESF (como Regimento Interno; Plano de Emprego, Carreiras e Salários³⁶; Processo Administrativo Funcional; Regulamento de Compras e Licitações; Regulamento de Diárias e Adiantamento de Despesas; Organograma e Quadro de Empregos, dentre outros); formular e executar toda a contratualização, da produção da minuta de contrato de gestão (CG) às visitas em cada um dos municípios interessados para negociação dos quantitativos de serviços e assinatura do CG; e realizar o primeiro concurso público, em 2010 (da construção da lógica de concorrência e distribuição dos trabalhadores por região à alocação dos primeiros empregados concursados, na sede e nos municípios contratantes).

Mas não foi só isso, também foi construída toda a lógica de apoio institucional, educação permanente e gestão por resultados, de modo que os trabalhadores concursados, ao ingressarem, fossem acolhidos, orientados e apoiados em seu processo de trabalho desde o primeiro dia na Fundação. Mas este é assunto para a próxima seção.

Concluindo este tópico, é importante destacar que a defesa do modelo como modalidade pública e eficiente de gestão do SUS deve ser pauta central das FE existentes e da ANFES. Esta defesa tem

³⁴O Conselho Curador da FESF é composto por 14 membros: 5 secretários municipais de saúde, sendo 1 deles representante do COSEMS; 4 representantes do governo do estado; 2 representantes do Conselho Estadual de Saúde; 1 representante das universidades públicas do estado da Bahia; e 2 representantes dos trabalhadores de carreira da FESF, eleitos por seus pares. Na sua primeira conformação, o COC tinha 12 membros, pois os trabalhadores concursados só entrariam com o 1º concurso público, realizado no ano de 2010.

³⁵ Deliberação Conselho Curador FESF nº 05, de 13 de junho de 2009.

³⁶ O PECS da FESF foi construído e aprovado antes do 1º concurso público. Portanto, os primeiros trabalhadores concursados já entraram na Fundação conhecendo a sua carreira.

como ponto central a luta pela aprovação do marco legal, mas não pode se restringir a ela. É fundamental, para capilarizar e fortalecer o modelo, o diálogo permanente e estratégico com gestores, trabalhadores, conselhos de saúde, partidos políticos e seus parlamentares, movimentos sociais, poder judiciário e órgãos de controle. Além disso (e aqui a ANFES também pode desempenhar importante papel), o apoio às FE existentes para a manutenção de suas integridades institucionais, com o bom funcionamento dos mecanismos de governança previstos, é vital para reduzir os riscos de eventuais desvios que possam abalar a credibilidade do modelo como um todo.

3. A FESF E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) – O DESAFIO DA INTERIORIZAÇÃO COM DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Os desafios para atuação na ESF dos municípios baianos começaram antes mesmo da instituição da FESF. Um dos principais e mais complexos tópicos das discussões que a DAB conduzia com os prefeitos e secretários municipais de saúde era relacionado aos valores da remuneração dos profissionais e os preços dos serviços da FESF. De saída, percebeu-se que os valores remuneratórios, por região do Estado, identificados pela pesquisa do mercado de trabalho³⁷, quando adicionados os encargos previstos pela CLT e os custos administrativos para manutenção da futura Fundação, faziam com que os preços dos serviços ultrapassassem consideravelmente a expectativa dos prefeitos e secretários de saúde. Isto porque grande parte dos trabalhadores da ESF tinham vínculo precário de trabalho (Girardi, 2008), com minoração substantiva dos custos para os municípios, cujos gestores, por seu turno, viam-se emparedados pela redução do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e pelo limite prudencial dos gastos com pessoal, definido pela Lei de Responsabilidade Fiscal³⁸ (FRANCO; PINTO, 2012).

Após um movimento de aproximação de expectativas, que consistiu na redução das remunerações para as margens inferiores do

³⁷ A pesquisa de mercado de trabalho foi conduzida pela UFMG.

³⁸ Lei Complementar nº 101/2000.

estudo de mercado e no convencimento dos prefeitos e secretários de saúde de que valia pagar um pouco mais por mais segurança jurídica e mais qualidade na atenção, o primeiro desafio foi superado, mas com consequências importantes. A primeira delas, dos 256 municípios que assinaram protocolo de intenções (mais de 60% dos 417 municípios baianos), apenas 69 contrataram (não os mesmo que instituíram) e 40, menos ainda, autorizaram a execução dos serviços (RODRIGUES, 2015). Ou seja, a FESF não conseguiu atingir, de partida, escala suficiente para manter a sua estrutura administrativa, mas permaneceu viável, devido à lógica de subsídios instituída pelo Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família.

Ao seguir sua jornada, da forma descrita no tópico anterior, a FESF deparou-se com outro grande obstáculo: não conseguira atrair médicos para todos os municípios contratantes³⁹, principalmente os mais distantes dos grandes centros urbanos. Este foi o principal motivo para que 29 dos 69 contratantes (mais de 42%) não dessem autorização para o início dos serviços (RODRIGUES, 2015). Para piorar a situação, alguns dos prefeitos que autorizaram o fizeram apenas para os serviços médicos, não permitindo que a FESF convocasse os enfermeiros e dentistas ao ver que os profissionais dos próprios municípios não foram aprovados no concurso.

Mas este não foi o único fator que determinou o relativo baixo número de contratos e profissionais da FESF em seu início. Um dos principais elementos no discurso de convencimento para contratação era o de que os valores pagos à Fundação não contabilizariam para o teto de gastos com pessoal definido na LRF. Contudo, o Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), consultado formalmente, não se posicionou de forma assertiva, emitindo pareceres divergentes. Assim, este entendimento acabou variando em cada inspetoria regional, gerando insegurança em prefeitos e secretários de saúde no processo de prestação de contas (RODRIGUES, 2015).

Mesmo enfrentando o duro pragmatismo relacionado à falta de médicos, escassez de recursos e ao teto de gastos, a FESF conseguiu estruturar um modelo inovador e efetivo de apoio à qualificação do processo de trabalho de cuidado e de gestão em saúde,

³⁹ Esta pode ter sido outra importante consequência da redução da remuneração prevista no estudo de mercado de trabalho.

calcado em seus eixos estruturantes: apoio institucional, educação permanente e gestão por resultados (FESF, 2010).

Enquanto tomava as medidas para estruturação da FESF, descritas nos tópicos anteriores, a equipe também formulava as estratégias para acolhimento, recepção nos municípios, apoio e acompanhamento dos trabalhadores nas unidades de saúde. Neste contexto, foi estruturada a Formação Inicial dos Trabalhadores (FIT), que fomentava o pertencimento à FESF e a valorização da APS, ao tempo em que dotava os trabalhadores das ferramentas e conhecimentos necessários para atuação nos municípios (cartografia, agenda, controle social, planejamento...). A implantação destes dispositivos dava-se em processo de educação permanente, respaldada pelo apoio institucional (o da FESF e o construído nas gestões locais) e por um processo de gestão por resultados, que contava com dispositivos de contratualização e um *software* modelado para registro e monitoramento da produção em saúde. Além disso, os trabalhadores mantinham contato e compartilhavam suas experiências por meio da Praça Virtual, que era moderada e movimentada por tutores da própria FESF (FESF, 2010).

Sendo uma instituição pública, criada no âmbito de uma política de estado para melhorar o cenário da atenção básica na Bahia, a FESF não se limitava a atuar nas unidades de saúde onde estavam lotados os seus profissionais. Seus apoiadores institucionais atuavam em conjunto com as secretarias de saúde dos municípios contratantes, especialmente com os gestores da atenção básica, ajudando os municípios na adesão a políticas e programas nacionais e estaduais, contribuindo para a ampliação da captação de recursos, bem como no planejamento das ações locais. Além disso, a FIT, a Praça Virtual, o *software* para registro e acompanhamento da produção e as capacitações ofertadas tinham como público-alvo todos os profissionais da ESF dos municípios contratantes (DE OLIVEIRA, 2012).

Mesmo satisfeitos com os serviços e as ofertas da Fundação, o nível de inadimplência dos municípios era crescente. Alguns deles nunca chegaram a pagar a FESF. Contribuía para isso a percepção de que, por ser um ente estatal, a FESF não cessaria a prestação de serviços, para não causar desassistência, e, além disso, precisava dos municípios contratantes (que estavam no limite inferior da escala necessária para manutenção da FESF) para garantir o seu

funcionamento e a sua função social. Assim, no final de 2012, a inadimplência superava assustadores 70%. Este cenário de inadimplência associado às questões já pontuadas (preço dos serviços, dificuldade de atração e fixação de médicos e incertezas sobre a LRF) fez com que a FESF passasse, em 2012, de 38 CG, com 234 profissionais, para, em 2014, 6 CG, com 42 profissionais (RODRIGUES, 2015; CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016).

Quase 14 anos depois, é triste constatar que a precarização do trabalho continua a ser regra na ESF, e que a questão posta pelo artigo “05 anos da FESF”, sobre a carreira na atenção básica, continua sem resposta. Neste sentido, a experiência da Fundação, com seus erros e acertos, com os obstáculos vencidos e os ainda intransponíveis, é referência obrigatória para o estado brasileiro, caso se proponha a enfrentar a questão do provimento e fixação de profissionais na Atenção Básica.

4. AMPLIAÇÃO DO ESCOPO DE SERVIÇOS E A BUSCA DE SUSTENTABILIDADE – A PARCERIA COM O GOVERNO DO ESTADO

4.1. Os novos serviços em parceria com o governo do Estado

Por mais que tenha tido sucesso em se estruturar e em produzir os dispositivos inovadores de carreira, gestão do processo de trabalho e do cuidado em saúde, a FESF não poderia suportar tanta inadimplência. Na tentativa de reduzir os débitos dos municípios, a FESF buscou o Ministério da Saúde, para tentar que os repasses dos valores federais destinados à ESF lhe fossem feitos diretamente, mas houve resistência do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que não queria abrir este precedente, mesmo que os municípios contratantes autorizassem. O governo estadual, por sua vez, também não reteve recursos vinculados aos municípios inadimplentes, como previa o Contrato de Programa (CP)⁴⁰ celebrado entre o Governo do Estado, os municípios instituidores e contratantes e a FESF.

Com o fracasso destas medidas e a inadimplência seguindo em níveis alarmantes, a FESF foi obrigada a, progressivamente,

⁴⁰ Contrato de Programa nº 0300100034035 celebrado para execução de serviços de saúde em gestão compartilhada.

encerrar os contratos, para não agravar a situação financeira. Vendo a viabilidade econômica da Fundação ameaçada, a SESAB decidiu apostar na parceira para execução de projetos estratégicos que estavam enfrentando dificuldade para sair do papel ou para evoluírem sob gestão direta. Assim, após estudos e consulta à Procuradoria Geral do Estado (PGE), foi assinado, no ano de 2012, o 1º Termo Aditivo ao CP⁴¹, que foi seguido por vários outros, tendo como objeto serviços como Atenção Domiciliar; Apoio Institucional à Atenção Básica; Implementação da Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte – HPP (parto humanizado); Telessaúde Brasil Redes – Bahia; Apoio Institucional à Gestão do Sistema de Regulação; Ampliação da Capacidade Instalada do Laboratório Central de Saúde Pública do Estado da Bahia (LACEN) e do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS); Serviço de Verificação de Óbito – SVO, dentre outros.

Além da receita proporcionada e do acúmulo de expertise institucional, os novos serviços serviram para garantir o direito de acesso à carreira às centenas de trabalhadores aprovados no concurso de 2010 que não estavam sendo convocados devido à contratualização abaixo da expectativa, reduzindo um grande volume de mandados de segurança e, conseqüentemente, passivo trabalhista que parecia inevitável. É importante ressaltar, também, o desenvolvimento e aprimoramento de uma sistemática de gestão compartilhada de ações e serviços, que, sob a égide do CP, um dispositivo previsto na Lei dos Consórcios⁴², proporcionou a cooperação entre entes públicos, integrantes do SUS (SILVA JUNIOR, 2011), em uma lógica híbrida entre convênio e contrato.

Contudo, nos planejamentos estratégicos realizados em 2013 e em 2014, um novo problema foi detectado e priorizado, a dependência da FESF de um único contratante, o que foi se agravando. O governo do estado, em 2015, com a quase extinção dos contratos com os municípios, já era responsável por mais de 80% das receitas da FESF (FRANCO; CAVALCANTE FILHO, 2016). Esta preocupação, que levou a FESF a buscar novos projetos (tratados na próxima seção), mostrou-se pertinente quando, em 2015, o novo governo estadual, mesmo sendo de continuidade, mudou a gestão e o

⁴¹ Idem.

⁴² Lei nº 11.107/2005.

direcionamento político da SESAB, que reduziu a importância da FESF enquanto parceira estratégica, e chegou a anunciar a rescisão do contrato. Seria o fim da linha para a Fundação.

Neste momento, movimentações políticas em várias frentes, envolvendo a articulação da direção com outras pastas do governo; a interlocução de representantes do Conselho Curador com a própria SESAB; o diálogo com o Partido dos Trabalhadores; e a mobilização dos trabalhadores da FESF junto com os sindicatos (que já apoiavam o modelo) viabilizaram a manutenção do CP, que, no entanto, foi consideravelmente reduzido. Esta nova queda de receita e a agudização de uma inadimplência do próprio estado, que vinha cronicamente controlada, novamente ameaçaram a sustentabilidade econômica da FESF.

Esta mudança de posicionamento da FESF, frente ao cenário adverso para a sua atuação exclusiva na ESF, demonstra a capacidade da FE de se ajustar para buscar a sustentabilidade, característica fundamental para uma instituição não orçamentada, que sobrevive dos contratos que celebra. Interessante, também, é verificar a importância de o modelo ser visto para além de uma simples instituição que faz gestão de serviços. E isto ainda não está totalmente consolidado. De um lado, as articulações que possibilitaram a manutenção do contrato com a SESAB mostram que há apelo social e político para a sua sustentação. De outro lado, é preocupante observar como todo um projeto, fruto de profunda discussão técnica e política, elemento importante da reforma de estado formulada por governos progressistas, local e nacionalmente, quase foi destruído pela decisão administrativa de encerrar um contrato.

4.2. A busca pela imunidade à cota patronal do INSS

Com o aumento no volume de serviços decorrente da parceria com o governo do Estado e o consequente aumento de empregados, que ultrapassou de 1.500 em 2015 (LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO, 2015), retomou-se com mais fôlego uma possibilidade que já tinha sido debatida durante o processo de instituição: a obtenção da imunidade tributária sobre contribuições sociais previstas no artigo 195, § 7º da Constituição Federal.

Assim, a FESF requereu administrativamente junto ao MS sua certificação de entidade beneficente de assistência social - CEBAS, à época sob os requisitos exigidos na Lei nº 12.101/2009,

todavia indeferida sob fundamento da necessidade de o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das unidades, onde atuava, estarem vinculadas à Fundação. Deste resultado, a FESF, através da sua Procuradoria Jurídica, propôs Ação Declaratória de Inexigibilidade de Crédito Tributário, com pedido de antecipação de tutela em face da União Federal, objetivando a declaração de seu direito à imunidade em relação à cota patronal de contribuição previdenciária, com efeito *ex tunc*, desde sua criação, por atender aos requisitos que ensejam a imunidade para fins de contribuição à seguridade social, nos termos do art. 195, §7º, da Constituição Federal e aos requisitos do art. 14, do CTN.

Esta ação encontra-se tramitando no Tribunal Regional Federal (1ª Região), onde perpassou pelo julgamento com efeitos de repercussões gerais das ADI's nº 2028⁴³ e 4480⁴⁴ no STF, com a confirmação da declaração de inconstitucionalidade de dispositivos da Lei 12.101/2009⁴⁵, e em seguida, revogada pela Lei Complementar nº 187/2021⁴⁶, que ainda não foi regulamentada.

Sob a égide da nova lei e com a assunção do gerenciamento e operacionalização das unidades hospitalares (como veremos na última seção), com CNES devidamente vinculado à FESF, bem como a manutenção de cumprimento dos demais requisitos, a declaração deste certificado resta mais factível de ser obtida. Decerto, esta nova condição de tornar-se a FESF entidade imune aos tributos vinculados

⁴³ O STF, por maioria, conheceu da ação direta como arguição de descumprimento de preceito fundamental. No mérito, julgou procedente o pedido, para declarar a inconstitucionalidade do art. 1º da Lei 9.732/1998, na parte em que alterou a redação do art. 55, inciso III, da Lei 8.212/1991 e acrescentou-lhe os §§ 3º, 4º e 5º, bem como dos arts. 4º, 5º e 7º da Lei 9.732/1998.

⁴⁴ O STF por maioria de votos, julgou parcialmente procedente o pedido formulado na ação direta para declarar a inconstitucionalidade formal do art. 13, III, §1º, I e II, §§ 3º e 4º, I e II, §§ 5º, 6º e 7º; do art. 14, §§1º e 2º; do art. 18, caput; e do art. 31 da Lei 12.101/2009, com a redação dada pela Lei 12.868/2013, e declarar a inconstitucionalidade material do art. 32, § 1º, da Lei 12.101/2009.

⁴⁵ Dispõe sobre a certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social e regula procedimentos de isenção de contribuições para Seguridade Social.

⁴⁶ Regula as condições para limitação ao poder de tributar da União em relação às entidades beneficentes, no tocante às contribuições para a seguridade social e classifica entidade beneficente, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que presta serviço nas áreas de assistência social, de saúde e de educação.

às contribuições sociais, mais especificamente a cota patronal, aportará mais vantajosidade e economicidade na sua contratação.

É importante ressaltar que, de fato, a FESF não é uma entidade beneficente. Trata-se de instituição pública, integrante do estado. Contudo, a escassez de recursos para o SUS e a imunidade concedida para instituições beneficentes e organizações sociais que atuam na saúde, disputando espaço com as FE, obrigam as últimas a buscarem, também, a imunidade. Fica claro que é necessária uma discussão sistêmica para que se consiga viabilizar modelos de gestão no SUS que não onerem a previdência social.

5. TRILHANDO SEU PRÓPRIO CAMINHO - RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL, PROJETO PRIMEIRO EMPREGO E INVESTIMENTO EM INOVAÇÃO

Como dito na seção anterior, um dos problemas priorizados em planejamento estratégico era a dependência financeira em relação a um único contratante. Além deste, identificou-se a necessidade de uma reaproximação com os municípios e com a Atenção Básica. Nesta direção, em 2014, em parceria com a FIOCRUZ-BA, a FESF teve aprovados pelo Ministério da Educação (MEC) os seus programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que ocorrem integrados (COSTA; SANTANA, 2021).

Trata-se de programa de formação que visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, norteado pelos princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família. Proporciona aos residentes a vivência da prática cotidiana dos serviços, tal como ocorrerá na vida profissional, com o suporte pedagógico necessário associado, qualificando-os para a atuação no SUS e permitindo o desenvolvimento de competências para atuarem como preceptores dos futuros residentes e graduandos de saúde (FESF, 2015). Este formato permitiu maior sustentabilidade na relação com os municípios, pois os incentivos federais referentes às equipes de ESF compostas pelos residentes (que recebem bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde) são utilizados para custear, por meio de convênio, a estrutura pedagógica ofertada pela FESF.

Atualmente, no seu oitavo ano, os programas, que foram inicialmente implantados no município de Camaçari, em 2015, e expandidos para Lauro de Freitas, Dias D'ávila e Salvador (estando apenas na capital baiana, atualmente), já formaram mais de 520 especialistas em AB.

Com a expertise advinda dos diversos processos formativos realizados, tendo como ápice a residência, a FESF foi convidada pelo governo do estado para desenvolver o Programa Primeiro Emprego (PPE), na área da saúde. O PPE é um programa que visa garantir a primeira oportunidade de emprego aos egressos da rede de formação técnica do estado (trabalhadores educandos), com o objetivo de mediar a inserção dos recém-formados no mercado de trabalho. Para isso, a FESF, além de contratar os jovens egressos para atuarem em unidades (de saúde e administrativas) pertencentes ao estado, oferta cursos de aperfeiçoamento. Estes cursos, além de apoiá-los no cotidiano do trabalho, quando finalizados com aproveitamento, garantem certificados que podem ajudá-los a conseguir os próximos empregos.

Já no ano de 2022, a FESF garantiu o primeiro emprego a quase 4.000 egressos da rede estadual de formação técnica. Além do impacto social, o programa, sob gestão da Secretaria da Administração (SAEB) e coordenação da Casa Civil, rapidamente constituiu-se na principal fonte de receita da FESF, reduzindo um pouco mais a sua dependência da SESAB.

Outra iniciativa relevante na busca pela sustentabilidade e potencialização do seu papel social foi o reforço do posicionamento institucional para a busca da inovação. Esta decisão foi consolidada e formalizada no ciclo de planejamento 2018-2022, quando a missão da FESF passou a ser a produção de “soluções inovadoras para o SUS” (FESF, 2018).

Pouco antes, no ano de 2017, a FESF iniciara diálogo com diversas secretarias do governo do estado, em busca de lacunas nas políticas públicas que pudessem ser beneficiadas com projetos inovadores, e, paralelamente, revisava e adequava a sua estrutura jurídico administrativa para o novo desafio assumido. Este movimento resultou em alteração do estatuto, formulação e publicação da Política de Inovação, criação da Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação e na prospecção de diversos projetos inovadores, com ênfase nos

relacionados às tecnologias da informação e da comunicação (PINTO et. al, 2020).

O mais relevante destes projetos deu origem à Plataforma Eletrônica da Saúde, a iPES. Uma plataforma que promove a interoperabilidade dos dados entre os diferentes sistemas de informação e prontuários eletrônicos que povoam as redes de atenção à saúde, permitindo a criação do Registro Eletrônico em Saúde, a organização destas informações por usuário, contribuindo para a longitudinalidade e integralidade do cuidado prestado pelo SUS (PINTO et. al, 2020).

A iPES, viabilizada por meio de contrato de encomenda tecnológica⁴⁷, foi iniciada no ano de 2019, num projeto piloto nos municípios de Juazeiro e Petrolina. No primeiro semestre de 2020, ainda estava em desenvolvimento, quando eclodiu a pandemia da COVID-19. Como já apresentava resultados consistentes, foi ofertada pela FESF, sem custos adicionais, e utilizada pelo estado da Bahia e pelo Consórcio Nordeste como importante ferramenta para o enfrentamento da Pandemia. Ela deu suporte à Sala de Situação do Consórcio Nordeste e ao Aplicativo Monitora COVID-19 (PINTO et. al, 2020).

Ao final de 2020, aprovada nos testes de conceito previstos no Contrato de Encomenda Tecnológica e registrada no INPI – Instituto Nacional da Propriedade Industrial, passou a ser ofertada com preço público tabelado, em parceria com o Consórcio Nordeste, a estados e municípios. Além de se tornar uma importante oferta da FESF, que potencializa o seu relacionamento com estados e municípios em todo o Brasil, a iPES credenciou definitivamente a FESF para a prestação de serviços relacionados às tecnologias da informação e da comunicação, como, por exemplo, os contratos 36/2022 e 040/2022, celebrados com a SESAB, para prover o desenvolvimento e sustentação de sistemas e atividades ligadas à área de TI, e o contrato 4801.1031/2022, celebrado com o município de Recife, para prestação de serviços de tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), contemplando licença de uso e atualização para plataforma de Registro Eletrônico de Saúde (RES).

⁴⁷ Modalidade de compra prevista na Lei de Inovação (Lei nº 13.243/2016), aplicável a situações de risco tecnológico, quando ainda não existe a solução pronta no mercado.

O desenvolvimento dos projetos citados nesta seção marca uma etapa onde a FESF começa a trilhar seu próprio caminho. Com maior maturidade e escopo ampliado de competências, em um cenário de redução da tutela da SESAB, que não via mais na FESF um parceiro estratégico, a instituição conseguiu desenvolver e executar ações e programas relevantes para o SUS, para o Governo do Estado e para a região nordeste e, ao mesmo tempo, reduzir a sua dependência financeira em relação à sua principal contratante.

Dito de outra forma, a FESF foi criada para atuar com foco em uma política específica, a ESF. Em um cenário adverso, e para manter a sua viabilidade econômica, teve o seu escopo de atuação ampliado, sob demanda e diretrizes da SESAB. Posteriormente, relegada a um segundo plano, conseguiu mobilizar recursos técnicos e políticos para ampliar ainda mais o seu escopo e a sua relevância social. Agora, é necessário encontrar e se posicionar no meio do caminho, como uma instituição que é acionada para a execução de projetos estratégicos e, ao mesmo tempo, movimenta-se com autonomia para identificar lacunas e propor soluções para o melhor desenvolvimento das políticas públicas propostas pelo estado. Como veremos na próxima seção, parece ser este o caminho que a FESF está trilhando.

6. GESTÃO HOSPITALAR – O MAIS NOVO DESAFIO

Existem diversos modelos de gestão hospitalar vigentes no estado da Bahia: gestão direta, gestão por organizações sociais ou filantrópicas e parcerias público privadas (CAVALCANTE FILHO; FRANCO, 2016). A gestão hospitalar por FE foi cogitada em 2009, mas acabou não saindo do papel. De outro lado, a maioria das FE em todo o Brasil atua com gestão hospitalar. A FESF já fora cogitada em alguns momentos para assumir a gestão de hospitais, e já vinha se preparando para este novo desafio, que se materializou no segundo semestre de 2021, quando foi convidada pelo governo estadual para exercer a operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Materno Infantil Doutor Joaquim Sampaio - HMIJS no município de Ilhéus-Bahia.

Em uma operação de emergência, discutiu-se com celeridade o modelo de contratação e, em 26 de novembro de 2021, a SESAB celebrou com a FESF um contrato para a gestão de um

hospital materno infantil de alta complexidade, com 105 leitos, que foi inaugurado em 06 de dezembro de 2021, dez dias após a publicação do contrato. O êxito da FESF em colocar o hospital em operação, entregando resultados e em tempo tão exíguo fez com que a SESAB a contratasse, já no ano seguinte, para a gestão de mais três unidades: as Policlínicas de Escada e Narandiba, em 19/05/2022, unidades que prestam serviço ambulatorial especializado e realizam exames; e a Maternidade Regional de Camaçari, em 24/09/2022, de complexidade e porte semelhante ao HMIJS, só que sem atendimento em pediatria.

É importante ressaltar que não se trata apenas da incorporação de mais quatro serviços. Estes novos contratos preveem a gestão integral destas unidades de saúde, incluindo compra de insumos e medicamentos, gestão predial, realização de exames de imagem e laboratorial, serviços terceirizados (segurança, lavanderia, fornecimento de refeições etc.), dentre outras operações que não faziam parte do cotidiano da instituição. Portanto, além da expertise técnica relacionada à atuação na área da saúde e de gestão de pessoas, a FESF precisou fortalecer e especializar a sua estrutura meio, para realizar as novas atividades de gestão, compras e logística relacionadas aos novos serviços.

Outro ineditismo está caracterizado pela escolha da modelagem contratual para viabilizar a gestão destas unidades de saúde pela FESF, instituição não integrante da Administração Direta do Estado da Bahia. A opção da PGE, através do i. parecer exarado pela Dr^a Bárbara Camardelli Loi, atualmente, Procuradora Geral do Estado, foi a celebração do contrato de gestão interna, instrumento que tem por objetivo garantir a autonomia com a exigência de maior eficiência, efetividade e eficácia, sob o fundamento de ser a FESF igualmente componente do SUS e ter respaldo legal (CF/88 art. 37, § 8). Restando atendidos os princípios da eficiência administrativa e planejamento governamental.

O escopo do referido contrato garante à FESF autonomia gerencial e orçamentária-financeira no gerenciamento e operacionalização do HMIJS (e, em seguida, das policlínicas⁴⁸ e da MRC), pelo período de 60 meses, buscando a modernidade, a eficiência e a economia no gerenciamento de recursos e vantajosidade

⁴⁸ Os contratos das policlínicas foram feitos pelo prazo de 12 meses, já tendo sido renovados por igual período, e recentemente prorrogado até maio de 2025.

para o Estado, devendo atender às necessidades programadas de assistência à saúde, ensino, pesquisa e incorporação tecnológica, além do gerenciamento da qualidade, da logística dos recursos materiais, financeiros, de informações e pessoal, manutenção predial e de equipamentos.

Merecem destaque as consequências relacionadas ao tempo exíguo entre a decisão de contratação da FESF pela SESAB e a inauguração das unidades, principalmente, o impacto no planejamento para a contratação de pessoal e aquisição de insumos e serviços. Agrava a situação o fato de serem serviços inéditos para a Fundação, não havendo, para muitas das necessidades, processos estabelecidos, parâmetros ou séries históricas. Os problemas gerados ocasionam sobrecarga e desorganização das áreas administrativas, gerando risco à integridade e à reputação institucional, além de eventuais ineficiências na execução dos serviços, que podem não contemplar a real necessidade da população a ser assistida.

Além do tempo adequado, é fundamental para o bom planejamento das ações a Comissão de Avaliação e Acompanhamento (CAA), prevista no instrumento contratual, instância representativa de ambas as instituições, que possibilita adequações, sugestões e mudanças qualitativas e quantitativas nos serviços contratados, concretizadas através de aditivos ou apostilamentos contratuais.

A adição dos novos serviços tratados nesta seção, com o necessário zelo com a integridade institucional, por meio da obediência dos fluxos e prazos procedimentais, potencializam o papel estratégico da FESF como uma entidade integrante do SUS e ente cooperativo capaz de desempenhar de modo descentralizado o desenvolvimento da assistência pública de saúde, defesa e proteção do bem-estar.

7. CONCLUSÃO

A trajetória da FESF, como se viu, foi marcada pelo enfrentamento de obstáculos importantes, relacionados à conjuntura nacional e localregional. Alguns deles foram superados, como as resistências para a implantação do modelo, outros tiveram que ser contornados, e acabaram por modificar a forma de atuação da própria instituição, como a dificuldade para interiorização e fixação dos médicos e a grande inadimplência. O mais importante deste momento

de reflexão, por ocasião das comemorações pelos 10 anos da ANFES, é poder analisar essa rica trajetória e apontar, ou vislumbrar, os caminhos a serem percorridos e os desafios a serem vencidos pelas FE e sua Associação, e, pela FESF, em particular.

Um primeiro ponto é que, mesmo tendo se consolidado, é fundamental a manutenção dos esforços, em articulação com a ANFES, para a aprovação do marco regulatório das FEs, pacificação do entendimento quanto à incidência da LRF e do modelo de isenção das contribuições sociais. Além disso, também é fundamental a ampliação do diálogo com os órgãos de controle e o poder judiciário, para que o modelo seja entendido, de fato, como uma especialização do estado para a execução de serviços públicos, não sendo colocado na mesma condição de OSs, filantrópicas e entidades privadas conveniadas com o SUS. São instituições de natureza e papéis diferentes no sistema.

Outra questão de fundamental relevância é o reposicionamento da carreira da FESF e a retomada dos concursos públicos. A FESF enfrentou e superou muitos desafios desde a sua criação, o que a levou a transitar de uma instituição que atuaria com um foco maior na saúde da família, promovendo a sua qualificação e estruturando uma carreira de âmbito estadual para a atenção básica, para uma instituição com escopo ampliado de ações e serviços de saúde, com expertise desenvolvida em todos os níveis de atenção. Independentemente de sua inserção, a rotatividade ocasionada pelos contratos temporários ora celebrados reduz a qualidade da atenção e a eficiência dos serviços, já que, no início do contrato de trabalho, os profissionais demandam um maior esforço para adaptação e, ao final, acaba-se perdendo a expertise que acumularam. Poder manter os seus trabalhadores é fundamental para uma instituição que almeja a eficiência e a melhoria contínua dos serviços prestados ao SUS. Ainda em relação à carreira, a experiência da FESF, com seus erros, acertos e limites impostos pelo cenário, é insumo riquíssimo para a formulação de uma política pública que avance neste tema, tanto na atenção básica quanto nos demais níveis do sistema de saúde.

Outro ponto crucial é o zelo com o bom funcionamento das instâncias e dos mecanismos de governança e integridade institucional, que precisam ser atualizados e reforçados devido ao grande aumento, quantitativo e qualitativo, das operações realizadas pela FESF. Neste sentido, além da reorganização da Fundação, é

fundamental que as demandas dos contratantes, doravante, venham com antecedência suficiente para que sejam respeitados os prazos e processos estabelecidos, sob pena de pôr em risco justamente o que se busca com o modelo: eficiência, qualidade e segurança jurídico-administrativa.

Também é estratégico que a FESF avalie todos os seus programas e serviços, verificando e priorizando os que sejam mais estratégicos para o estado e os que entregam mais valor para a sociedade, e ajustando ou eliminando os que porventura não se enquadrem no perfil institucional, sempre em diálogo com os atores que constroem o Sistema Único de Saúde. Neste sentido, o recente investimento e acúmulo técnico e operacional da FESF na produção de inovação em saúde, particularmente as relacionadas às tecnologias da informação e da comunicação, podem ser um grande trunfo. É inegável que os avanços mais significativos e disruptivos na saúde estão e estarão ligados à transformação digital. Ter uma instituição pública bem posicionada neste contexto pode contribuir para que estas novas tecnologias sejam criadas e incorporadas em favor do SUS e de seus princípios constitucionais.

Por fim, estar junto a seus pares, as dezenas de FE espalhadas por todo o território nacional, compartilhando as dificuldades e as soluções encontradas, atuando de forma coletiva para a consolidação do modelo e, em um âmbito mais geral, por uma reforma que dote o estado das capacidades necessárias para bem atender os cidadãos, garantindo-lhes os direitos e aumentando a dignidade de um povo que tanto sofre com as iniquidades do país é papel da FESF, das FE e da sua Associação Nacional. Portanto, viva a ANFES e os seus 10 anos de constituição!

REFERÊNCIAS

CAVALCANTE FILHO, J. B., FRANCO, T.B.O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia – Revista de Saúde Coletiva – Jan-Mar, 2016.

COSTA WA, SANTANA VR. A implementação dos Programas Integrados de Residências (FESF/Fiocruz) na Região Metropolitana de Salvador. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2021; 16(43):2483.

DE ANDRADE, L.R. et al. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. *Revista de Administração Pública*, vol. 53, núm. 3, pp. 505-519, 2019.

DE ANDRADE, L.R.; TEIXEIRA, M.; MACHADO, C.V. • Gestão do Trabalho na Estratégia Saúde da Família: A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. Maio 2012, número 47, Pg.65-76.

DE OLIVEIRA, J.A.S; ROSA, G.F.S. Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado: uma ferramenta do Apoio Institucional/FESF-SUS às Equipes de Gestão da Atenção Básica. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

FRANCO, T. B.; PINTO, H. A. Fundações Estatais como dispositivo para a desprivatização do Estado brasileiro. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacoes-estatais-desprivatizacao-estado.pdf>.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. A Bahia Unida por um novo caminho para a Saúde da Família. Salvador, 2009.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS). Cartilha do Trabalhador: a Bahia unida por um novo caminho para a Saúde da Família. Salvador: FESF-SUS, 2010.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS). Projeto para Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF-SUS. Salvador: FESF-SUS, 2015. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2015/04/Ato-Administrativo-n%C2%BA-181-Projeto-Resid%C3%Aancia-bolsas.pdf>.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA (FESF-SUS). Planejamento Estratégico 2018–2021. Salvador: FESF-SUS, 2018. Disponível em: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/transparencia/wp-content/uploads/sites/10/2020/07/Plano-Estrategico-2018-2021.pdf>.

GIRARDI, S. N.; GIRARDI JUNIOR, J.B. Resultados preliminares: Saúde da Família na Bahia. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2008.

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO. Plano de Empregos, Carreiras e Salários – FESF da Bahia. Salvador: FESF, 2015. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/sites/16/2015/04/Bahia-Docs.pdf>.

PINTO, H.A.; FRANCO, T.B. MERHY, E.E. Fundação Estatal e o Fortalecimento da Capacidade de Ação do Estado. Acessado:<https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp.content/uploads/sites/151/2017/10/4fundacao-estatal-fortalecimento-capacidade-acao.pdf>.

PINTO, H.A.; MASSUDA, A.; SANTANA, J.S.S.; SILVA JÚNIOR, A.C.; COUTINHO, L.F.; CHIORO, A. Inovações de uma encomenda tecnológica contribuindo com novos modos de enfrentar a pandemia do Coronavírus – o caso da Plataforma Eletrônica da Saúde e do Consórcio Nordeste. Revista de Administração Municipal – IBAM, Rio de Janeiro, 304, 1, 25-36, 2020b.

Resolução CIB 123/2009 - instituiu o Programa de Desenvolvimento Interfederado da ESF.

RODRIGUES, ET. Cinco anos de Saúde da Família na FESF-SUS. ANFES, Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde. Anais do 2º SENAFES – Seminário Nacional das Fundações Estatais da Saúde, Campo Grande, 2015, pg.29-33.

SANTOS, Lenir; PINTO, Hêider Aurélio Pinto. A saúde da família de cara nova. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de et al. Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas, Editora Saberes, 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Fundação Estatal Saúde da Família: proposta preliminar para debate. Salvador: SESAB, 2007.

SILVA JUNIOR, A.C.da. A gestão compartilhada, colaborativa, participativa e interfederada da Estratégia de Saúde da Família - a

experiência da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Org.). Terceiro Setor e parcerias na área de saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011, p. 213-246.

PRIMEIRO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO DA BAHIA, SOB A GESTÃO DA FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA – FESF-SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FIRST DEATH VERIFICATION SERVICE IN BAHIA, UNDER THE MANAGEMENT OF THE FAMILY HEALTH STATE FOUNDATION - FESF-SUS: AN EXPERIENCE REPORT

Sophia Ferreira Sampaio

Enfermeira especialista em Auditoria em Saúde.
sophiasampaio@fesfsus.ba.gov.br.

Ita de Cácia Aguiar Cunha

Enfermeira especialista em Saúde Pública. itacunha@fesfsus.ba.gov.br.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência que tem por finalidade relatar a experiência da Fundação Estatal Saúde da Família - FESF-SUS frente a gestão do primeiro Serviço de Verificação de Óbito do Estado da Bahia. A FESF-SUS, constitui-se como uma proposta inovadora e sólida que visa fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando um papel essencial na gestão plena e compartilhada de serviços de saúde com a finalidade de executar ações propostas, de modo seguro, racional e com qualidade, buscando a eficiência, a constante atualização tecnológica e a economia no gerenciamento de recursos públicos. Com isso, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, haja vista os objetivos constitutivos e sociais da FESF-SUS, além das características da mesma em buscar soluções inovadoras para saúde, decidiu por transferir a Gestão do Serviço de Verificação de Óbito - SVO para a mesma, através do contrato de gestão inicialmente compartilhada e posteriormente plena, para a melhoria gerencial. O Serviço de Verificação de Óbito de Salvador e Região Metropolitana é o primeiro da Secretaria de Saúde do Estado e tem por função realizar necropsia para elucidação de causas de morte naturais, sem suspeita de violência, com ou sem assistência médica, sem esclarecimento diagnóstico ou de interesse epidemiológico. Ao fim, conclui-se que a FESF vem vencendo os desafios propostos cumprindo com o previsto

contratual e realizando um serviço humanizado de excelência para o estado da Bahia.

Palavras-chave: Fundação Estatal Saúde da Família, Serviço de Verificação de Óbito, Gestão, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Abstract

This is a descriptive, qualitative study of the experience type, aimed at reporting the experience of the State Family Health Foundation - FESF-SUS, in managing the first State of Bahia Death Verification Service. The FESF-SUS represents an innovative and robust proposal that seeks to strengthen the Unified Health System (SUS), playing an essential role in the comprehensive and shared management of health services to execute proposed actions safely, rationally, and with quality, aiming for efficiency, constant technological updating, and economy in managing public resources. As a result, the Bahia State Health Department, considering the constitutive and social objectives of FESF-SUS, as well as its characteristics in seeking innovative health solutions, decided to transfer the Management of the Death Verification Service - SVO to it, through an initially shared management contract and later full management, for managerial improvement. The Salvador and Metropolitan Region Death Verification Service is the first service of the State Health Department and its function is to perform autopsies for the clarification of natural death causes, without suspicion of violence, with or without medical assistance, without diagnostic clarification, or of epidemiological interest. In conclusion, FESF has been overcoming the proposed challenges, fulfilling the contractual agreements, and providing a humanized and excellent service for the state of Bahia.

Keywords: Family Health State Foundation, Death Verification Service, Management, Secretary of Health of the State of Bahia.

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) foi oficializada em maio de 2009, com a autorização de 69 municípios do Estado da Bahia, conforme previsto na Lei Complementar Estadual nº 29, de 21 de dezembro de 2007. Sua criação tem como fundamentos os princípios de gestão compartilhada, democrática e participativa.

A FESF-SUS foi estabelecida como uma entidade totalmente pública, intermunicipal, fazendo parte da administração indireta dos Municípios. Ela opera sem fins lucrativos, com interesse coletivo e possui personalidade jurídica de direito privado. Esse modelo é resultado da combinação de duas formas de instituições públicas na administração brasileira: as autarquias e as empresas estatais.

Segundo pesquisa realizada no sítio eletrônico da Fundação cabe destacar que a mesma se constitui como uma proposta inovadora e sólida que visa fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolver um modelo de gestão inter federativo. Atua em todas as regiões da Bahia e se configura como uma instituição integrante do SUS, desempenhando um papel essencial na gestão plena e compartilhada de serviços de saúde, em colaboração com as entidades federativas. Esse modelo inovador se apresenta como uma solução jurídico-administrativa e sanitária para o avanço dos cuidados de saúde no Estado da Bahia, proporcionando agilidade e segurança para gestores, usuários e profissionais, ao mesmo tempo em que garante o direito humano fundamental à saúde.

Considerando que a FESF-SUS, em sua finalidade e objetivos, atua como ente integrante do SUS, e nos termos do art. 2º e 4º do seu Estatuto, tem o fim exclusivo de desenvolver, no âmbito do SUS, ações e serviços de atenção em saúde pública, podendo estabelecer parcerias de cooperação técnica, celebrar acordos, contratos e outras espécies de ajustes com Municípios, Estados e União, torna-se viável então a possibilidade de contratação da mesma para a prestação dos serviços assistenciais à saúde, para atendimento aos usuários do SUS no estado da Bahia.

Pelo exposto, com a finalidade de executar ações propostas, de modo seguro, racional e com qualidade, fundamentando-se no propósito de definir como objetivos, dentre outros que venham obter, a economicidade e a vantajosidade para o Estado, buscando a eficiência, a constante atualização tecnológica e a economia no gerenciamento de recursos públicos conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, com o devido acompanhamento, fiscalização e monitoramento, o primeiro Serviço de Verificação de Óbito do estado da Bahia foi implantado com gestão compartilhada com a FESF-SUS, através do 16º aditivo ao Contrato de Programa nº 0300100035034 visando atender 13 municípios do

Núcleo Regional de Saúde Leste, das Comissões Intergestoras Regionais – CIR- de Camaçari (Simões Filho, Dias D'Ávila, Pojuca, Mata de São João e Camaçari) e Salvador (São Sebastião do Passé, Madre de Deus, Itaparica, São Francisco do Conde, Salvador, Vera Cruz, Candeias, Lauro de Freitas).

O Serviço de Verificação de Óbito de Salvador e Região Metropolitana é o primeiro serviço da Secretaria de Saúde do Estado e conforme Brasil, 2006 tem por função realizar necropsia para elucidação de causas de morte naturais, sem suspeita de violência, com ou sem assistência médica, sem esclarecimento diagnóstico ou de interesse epidemiológico. Esse conhecimento é de grande importância, uma vez que pode colocar em evidência os possíveis riscos à saúde causados por doenças/agravos já conhecidos ou casos de uma doença nova em um determinado local, além de contribuir para o aprimoramento do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, diagnóstico da situação de saúde e definição de políticas públicas adequadas

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB tentava inaugurar o serviço desde 2019, quando o Ministério Público instaurou o Inquérito Civil nº 003.9.116429/2019 para acompanhar o processo de implantação do SVO. As dificuldades diversas referiam-se a conclusão das obras, Termo de Cooperação com a Secretaria de Segurança Pública da Bahia – SSP-BA e a contratação de pessoal qualificado, visto a inexistência dos cargos necessários no quadro de servidores do estado.

Com isso, a SESAB, haja vista os objetivos constitutivos e sociais da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS, além das características da mesma em buscar soluções inovadoras para saúde, decidiu por transferir a Gestão do serviço em tela para a mesma, objetivando a melhoria gerencial, garantindo-lhe maior autonomia de atuação, incluída a financeira, a partir do estabelecimento de metas de desempenho e responsabilidades aos gestores, com controle de resultados e de forma a garantir a eficiência administrativa, obedecendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), preservando a missão da SESAB.

Inicialmente, em julho de 2021, foi celebrado o contrato para gestão compartilhada e posteriormente, em 15 de novembro de 2022, foi celebrado o Contrato nº 03/2022 entre o Estado da Bahia através da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/Superintendência

de Vigilância e Proteção da Saúde e a Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS, onde constitui-se como objeto do mesmo a gestão e operacionalização do Serviço de Verificação de Óbito de Salvador e Região Metropolitana, destinado à realização de necropsias em corpos de óbitos ocorridos por causas naturais, sem assistência médica ou sem elucidação diagnóstica, com objetivo de esclarecimento da causa da morte.

Sendo assim, levando em consideração a relevância e importância do trabalho que vem sendo executado surgiu o interesse em desenvolver este estudo relatando a experiência da FESF-SUS frente a gestão do primeiro Serviço de Verificação de Óbito do Estado da Bahia.

2. METODOLOGIA

Para elaboração do presente estudo, optou-se pela realização de estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. Conforme Mussi, Flores e Almeida (2021) o relato de experiência trata-se de um gênero de produção de conhecimento que aborda uma experiência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares fundamentais da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), sendo sua principal característica a descrição da intervenção realizada.

O locus de ação deste relato foi extraído do cotidiano profissional das autoras deste artigo mediante a experiência profissional adquirida durante os 24 meses de contrato celebrado entre o estado da Bahia através da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde e a FESF-SUS.

O relato foi baseado na perspectiva das gestoras do serviço e a descrição será feita a partir desta mesma ótica, onde será abordado como se deu a implantação do serviço, os entraves encontrados e outras ações que foram desenvolvidas na rotina da unidade até o seu funcionamento atual. No que diz respeito ao aspecto temporal, este relatório delimita-se à experiência profissional vivenciada no período de julho de 2021 a junho de 2023.

Os dados apresentados neste artigo refletem a experiência direta vivenciada, através de relatos, críticas, observações, fontes de materiais, estudos e discussões entre as profissionais dentro da

estrutura interna da instituição onde as atividades de trabalho foram realizadas.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Conforme Aloísio Souza Felipe da Silva, pesquisador da Universidade de São Paulo (USP) e membro da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) (apud CFM, 2016), a falta do Serviço de Verificação de Óbito e sua supervisão resultam em uma lacuna significativa na identificação das causas de morte, o que impacta diversos aspectos, incluindo questões epidemiológicas, legais, de cidadania e de direitos. Ele também enfatiza que as razões declaradas nos atestados de óbito representam uma fonte crucial de informações para a administração da saúde pública. Uma proporção substancial de óbitos classificados como "causa indeterminada" prejudica a alocação adequada de recursos.

Sendo assim, em 2006, o ministério da saúde Instituiu a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO) integrante do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e formada por serviços existentes e a serem criados, desde que cumpram as condições previstas nesta Portaria, mediante termo de adesão, através da Portaria nº 1405 de 29 de junho 2006, tornando-se assim o marco regulatório do Serviço de Verificação de Óbitos, em rede nacional.

O Serviço de Verificação de Óbitos, também conhecido pela sigla SVO, é um importante integrante do sistema de saúde pública. Ele tem como objetivo principal a realização de necropsias para elucidação de causas de morte naturais, sem suspeita de violência, com ou sem assistência médica, sem esclarecimento diagnóstico ou de interesse epidemiológico.

Os procedimentos realizados pelo SVO envolvem, além na necropsia com exames macroscópicos e microscópicos, análise de histórico médico e familiar do falecido, coleta de amostras biológicas, como sangue e tecidos. Tudo isso visa obter informações precisas sobre a causa da morte, auxiliando na compreensão das condições de saúde da população e contribuindo para a elaboração de políticas públicas eficientes de saúde.

A entrevista com a família ou representante legal é um ato imprescindível, pois nos casos de morte por causa natural a necropsia

só pode ser realizada após a assinatura do Termo de Consentimento, termo este que deve ser assinado por um parente de primeiro grau (filho/a pai ou mãe), ou parente de segundo grau (avós e netos), ou parente colateral de segundo grau (irmãos), ou cônjuge ou representante legal.

Além de sua função central na identificação das causas de óbitos, o Serviço de Verificação de Óbitos também desempenha um papel importante na vigilância epidemiológica, detectando doenças de interesse epidemiológico e ajudando, através da Notificação de Doenças, a identificação de tendências que possam requerer ações de saúde pública.

No ano de 2006, através da Portaria do MS nº 1.405 de 29 de junho de 2006, foi instituída a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis – SVO e nessa Portaria é aprovada a instalação de cinco SVO no estado da Bahia. No ano de 2018, através da Portaria nº 2.074, de 17 de julho de 2018, o SVO de Salvador e Região Metropolitana foi habilitado para o recebimento de incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção, no valor de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais), valor que se mantém inalterado até a presente data.

Em julho de 2021 ao assumir a gestão compartilhada do SVO, a Fundação Estatal de Saúde da Família - FESF-SUS encontrou o serviço estruturado fisicamente, equipado e com normas discutidas e aprovadas pela SESAB/SUVISA, mas sem implantação dos serviços necessários ao seu funcionamento. As dificuldades encontradas pela SESAB para inauguração do SVO estavam relacionadas com a falta de profissionais capacitados e a inexistência da categoria profissional de auxiliar de necropsia no Estado.

Ao assumir a gestão compartilhada e, posteriormente, a gestão plena do SVO, a FESF sabia dos desafios que encontraria, pois esse era o primeiro serviço a ser implantado na Bahia, com pouca normatização do Ministério da Saúde e com a necessidade da criação de um modelo de assistência humanizada e compatível com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Um dos desafios, que era falta de algumas categorias profissionais em seu quadro funcional, foi vencido através da criação desses empregos pela FESF-SUS, através de ato administrativo: auxiliar de necropsia; médico patologista e médico especialista em informação em saúde.

Com isso, em agosto de 2021, ainda sob gestão compartilhada, foi realizada a primeira seleção pública para a área técnica do SVO, com a oferta de vagas para assistente social; auxiliar de necropsia; enfermeiro; médico patologista; médico especialista em informação em saúde; psicólogo; sanitarista; técnico de enfermagem e técnico de laboratório. Os demais profissionais de apoio foram contratados através de empresa terceirizada.

Após a seleção e contratação da equipe veio o novo desafio que foi a implantação do programa de educação continuada para todos os trabalhadores, inclusive os trabalhadores contratados através da empresa terceirizada, devido à falta de mão de obra capacitada para realização das atividades previstas.

No processo de educação continuada destacou-se a realização de um curso de formação para os auxiliares de necropsia, por ser uma categoria profissional inexistente no estado. O mesmo foi realizado por patologistas do próprio serviço através de um curso com carga horária de 80 horas, com aulas teóricas e práticas de necropsia. Após a conclusão do curso as aulas práticas continuam sendo realizadas sob a supervisão do médico patologista e de um supervisor em necropsia, pois o processo de formação de um auxiliar de necropsia é complexo e demorado.

A implantação do SVO deu-se de forma gradual, atendendo as normas aprovadas pela equipe da SESAB e a partir dessas normas estabelecidas, iniciou-se a discussão dos procedimentos operacionais de cada setor.

Em julho de 2022 a SESAB publicou a Portaria nº 529 que institui normas e procedimentos para encaminhamento de óbitos ocorridos em serviços de saúde, ao SVO, para esclarecimento da causa básica da morte.

Ainda sob a gestão compartilhada, foi possível dar início a todo processo de construção dos fluxos para remoção de corpos em domicílios e em serviços de saúde, conforme infográficos abaixo, definidos no Termo de Cooperação Técnico Científica celebrado entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e a Secretaria de Segurança Pública da Bahia.

No Termo de Cooperação foi definido, dentre outros, o fluxo de remoção de corpos por morte natural. Para os óbitos ocorridos em domicílios, um familiar vai até a delegacia mais próxima para abrir um boletim de ocorrência - BO, a Delegacia comunica a ocorrência

ao Centro Integrado de Comunicações da Secretaria de Segurança Pública - CICOM SSP e esse solicita a remoção ao SVO.

Para os óbitos ocorridos em serviços de saúde, o próprio serviço solicita a remoção ao SVO, atendendo as normas estabelecidas.



Figura 1. Infográfico SVO



Figura 2. Infográfico SVO

Um dos principais pilares da FESF-SUS sempre foi a educação permanente continuada, no intuito de ser essa, uma ferramenta essencial para garantir a excelência dos serviços prestados, a segurança dos pacientes e o desenvolvimento profissional e humanizado dos colaboradores, contribuindo diretamente para a evolução e o aprimoramento contínuo do sistema de saúde como um todo.

Com isso, sendo o SVO um serviço que lida diariamente com a morte e famílias enlutadas, a então gestão da unidade entendeu a necessidade de capacitar a equipe para além da parte prática e técnica das atividades, visando o tratamento humanizado aplicado às famílias, aos trabalhadores e ao cuidado com os corpos dos falecidos por todos os profissionais da unidade, tornando-se esse um grande diferencial na implantação do Serviço, pela FESF-SUS. Esse processo é realizado através de cines debates, dinâmicas de grupo e reuniões envolvendo todas as áreas técnicas e administrativas.

Assim, em 23 de setembro de 2022 foi inaugurado o primeiro Serviço de Verificação de Óbitos da Bahia, sob gestão compartilhada entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e a Fundação Estatal de Saúde da Família e posteriormente, em 15 de novembro, a FESF assumiu a Gestão Plena do serviço, através do contrato nº 003/2022, assumindo os custos para manutenção predial, de equipamentos e serviços, além do fornecimento de todo material para abastecimento do almoxarifado.

No novo contrato, ao assumir a gestão plena do SVO, a FESF trouxe para dentro da própria Fundação todos os trabalhadores do serviço e para isso, através de atos administrativos criou os empregos de: agente de remoção de corpos; auxiliar de recepção e liberação de corpos.

O SVO tem uma característica diferente dos demais serviços de saúde e é composto por: Setor de recebimento de chamada para remoção de corpos; setor de remoção de corpos; setor de recepção de família; setor de recepção e liberação de corpos; setor de acolhimento de família com coleta de dados do adoecimento do falecido e dados sociais da família; setor de psicologia para acolhimento de familiares dos falecidos e dos trabalhadores do SVO; vigilância epidemiológica; setor de necropsia; setor de enfermagem; laboratório e demais setores administrativos.

Os setores administrativos, o serviço de liberação de corpos, recepção e acolhimento de família, laboratório, vigilância epidemiológica, serviço de psicologia e sala de necropsia funcionam das 7:00h às 19:00h. Os serviços de recebimento de chamada e recepção de corpos funcionam 24 horas por dia. Para o funcionamento da unidade, atendendo todos os pré-requisitos propostos no contrato, é mantido um quadro de funcionários com 140 trabalhadores.

Para cada serviço foram elaborados os Procedimentos Operacionais Padrão - POP com a participação de todos os servidores envolvidos com a ação. Essa participação, tanto para elaboração quanto para as revisões, foi de grande importância para o envolvimento dos trabalhadores e compreensão das atividades realizadas, fazendo com que o fluxo do serviço funcione plenamente.

Para avaliação do contrato de gestão plena, nº 003/2022, foram estabelecidos indicadores e metas, onde o contratante realiza análise e avaliação de parâmetros de desempenho específico para cada indicador, utilizando-se critérios que podem ser de impacto ou de efetividade, de eficiência e eficácia. Quanto às metas, as mesmas foram estimadas em períodos trimestrais e anuais, fundamentado por meios de verificação.

A análise dos dados foi realizada a partir da data em que a FESF assumiu a gestão plena do SVO (Quadro 1).

Quadro 1- Avaliação dos indicadores e metas no período de 15 de novembro de 2022 a 15 de junho de 2023, Serviço de Verificação de Óbito de Salvador e Região Metropolitana, Salvador, Bahia.

Objetivos	Ação/produto	Indicador	Meta proposta	Alcance
1. Realizar necropsia para elucidar a causa da morte de óbitos decorrentes de causas naturais ocorridos sem assistência médica, com assistência sem elucidação	Remover os corpos no local do óbito de acordo com protocolo de remoção	Atender a todas as chamadas para remoção do corpo	100%	100%
	Elucidar a causa básica da morte nas necropsias realizadas	Percentual de necropsia com causa elucidada	95%	96%
	Realizar entrevista do familiar com	Percentual de entrevistas realizadas com	95%	100%

diagnóstica ou decorrente de doenças de interesse da saúde pública	utilização do formulário específico do SISVO	utilização da ficha do SISVO		
	Notificar doenças/agravs de notificação compulsória (DNC)	Percentual de DNC notificadas	100%	100%
	Notificar óbitos de mulheres em idade fértil, materno, infantil e fetal	Percentual notificação de necropsias em MIF, materno, Infantil e Fetal	100%	100%
	Emitir relatório final com laudo da necropsia	Percentual de relatórios e laudos emitidos no prazo protocolar	90%	48%
Educação continuada	Garantir a capacitação dos trabalhadores do SVO	Percentual de ações educativas realizadas trimestralmente	06	100%

No período analisado foram realizadas 660 remoções, sendo que apenas 404, 61,2%, foram autorizadas para realização de necropsias. Das necropsias realizadas, 96% tiveram a causa básica da morte definida.

Das 256 (38,8%) remoções que não tiveram a necropsia realizada, 47 (18,4%) foram referentes a corpos transferidos ao IMLNR por suspeita de causa externa e 209 (81,6%) ou não foram autorizadas pelo familiar ou não tinha familiar de que atendia os critérios legais para assinar o Termo de Consentimento. Em alguns casos em que não foram autorizadas as necropsias chegou-se à definição da causa básica da morte através de resultados de exames apresentados pela família, casos esses que não estão incluídos nesta análise de dados.

Conforme demonstrado no Quadro 1, sete metas foram pactuadas e apenas uma não foi alcançada, resultando na avaliação final de 85,7% de alcance das metas propostas.

Uma das grandes dificuldades encontradas pela FESF-SUS para manter o bom funcionamento do SVO com o alcance de todas as metas previstas está a dificuldade para consolidar a escala com dois

médicos patologistas por plantão. A falta de candidatos nos processos seletivos para médicos patologistas evidencia a falta de interesse desses profissionais para atuar no SVO na realização de necropsias.

Nesse período de 24 meses de gestão, compartilhada e plena, a FESF-SUS já abriu 7 Processos Seletivos e não obteve até então o dimensionamento adequado previsto em contrato. Dessa forma, a realização da necropsia e emissão da Declaração de Óbito é priorizada em detrimento da emissão dos laudos finais, que são emitidos após a chegada do resultado de todos os exames coletados. Para agilizar esse processo e cumprir o previsto em contrato, a gestão contratou um profissional para digitação dos laudos, o que contribuirá para emissão do laudo final dentro do prazo determinado.

4. CONCLUSÃO

A implantação do primeiro Serviço de Verificação de Óbito - SVO da Bahia era um projeto da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia que estava em vias de inauguração desde o ano de 2019, mas devido às dificuldades para contratação da equipe, inclusive com categorias profissionais que não fazem parte do quadro funcional do Estado, esse projeto foi sendo adiado até a decisão do Governo do Estado em contratar a Fundação Estatal de Saúde da Família inicialmente para gestão compartilhada e há oito meses para a gestão plena do serviço.

Pela Fundação se constituir como uma proposta inovadora e sólida que visa fortalecer o SUS, a mesma vem desempenhando um papel essencial na gestão plena do SVO, proporcionando assim agilidade e segurança para gestores, usuários e profissionais do serviço, ao mesmo tempo em que garante o direito humano fundamental à saúde.

Ainda que ciente dos desafios que viriam, por ser esse o primeiro serviço a ser implantado no estado da Bahia, com pouca normatização e com a necessidade da criação de um modelo de assistência humanizada e compatível com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, avaliando os resultados, verifica-se que a FESF está vencendo tais desafios ao assumir a gestão de um serviço inédito na Bahia.

Além de todo processo técnico de identificação da causa do óbito, emissão de laudos e dos documentos necessários, toda a equipe

do serviço, da higienização até a área administrativa é capacitada para lidar com as famílias enlutadas com toda sensibilidade e empatia, lembrando que cada pessoa tem uma maneira única de enfrentar o luto.

Destacamos, portanto, que a ênfase na humanização com a qual o serviço é conduzido e reconhecendo que a educação contínua é um dos alicerces fundamentais para implantação de um serviço de qualidade é que são oferecidos, mensalmente, atividades de treinamento e capacitação com o objetivo de promover essa abordagem.

REFERÊNCIAS

16º Termo Aditivo ao Contrato de Programa nº 03001000035034. Disponível

em <https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador.php?acao=arvore_visualizar&acao_origem=procedimento_visualizar&id_procedimento=19968999&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=110008784&infra_hash=2278695670a1df9246009982b0065a49ab76118796d327ad3109afe9396b3107> Acesso em 18 jul. 2023.

1º Termo Aditivo de Cooperação Técnica Científica nº 001/2022. Processo SEI nº 019.8993.2022.0144042-98 disponível em <https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_orgao_acesso_externo=0, código verificador 00054055348 e o código CRC 236614E9> Acesso em 18 jul. 2023.

BAHIA. Lei Complementar Estadual nº. 29, de 21 de dezembro de 2007 – Estabelece critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais, define a área de sua atuação, na forma do art. 17 da Constituição do Estado da Bahia, e dá outras providências. Disponível em <<https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/70089/lei-complementar-29-07>> Acesso em 15 jul. 2023.

BAHIA. Lei Complementar Estadual nº. 29, de 21 de dezembro de 2007 – Estabelece critérios para a criação e estruturação de Fundações Estatais, define a área de sua atuação, na forma do art. 17 da Constituição do Estado da Bahia, e dá outras providências. Disponível

em < <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/70089/lei-complementar-29-07>> Acesso em 15 jul. 2023

BAHIA. Portaria da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, nº 529 de 29 de julho de 2022 - Institui normas e procedimentos para encaminhamento de óbitos ocorridos em serviços de saúde, ao SVO, para esclarecimento da causa básica da morte. - Disponível em <<https://dool.egba.ba.gov.br/ver-html/14485/#/e:14485>>. Acesso em 19 jul. 2023.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Contrato nº 03/2022 de 16 de novembro de 2022, Salvador, BA. Disponível em <https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador.php?acao=arvore_visualizar&acao_origem=procedimento_visualizar&id_procedimento=55832260&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=110008784&infra_hash=cedb75ec9ecb486b0dbbf1946b470f9928b76a95b7d5ca17620a7ca37a9538c> Acesso em 10 jul. 2023.

BRASIL, Ministério Da Saúde, Portaria nº 1405 de 29 de junho de 2006. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1405_29_06_2006.html>. Acesso em 12 jul. 2023.

CFM, Conselho Federal de Medicina. Serviços de exame de óbito: após 10 anos, Brasil não cumpre meta, diz CFM. 2016. Disponível em:< <https://portal.cfm.org.br/noticias/servicos-de-verificacao-de-obito-apos-10-anos-brasil-nao-cumpre-meta-diz-cfm/>>. Acesso em: 12 jul. 2023.

EDITAL Nº 297/2019 Origem: Grupo de Atuação Especial de Defesa da Saúde - GESAU Promotoria: 33ª Promotoria de Justiça de Assistência IDEIA nº 003.9.116429/2019 Área: Cidadania Subárea: Saúde Portaria nº 49/2019 Objeto: Dificuldade da Implantação do Serviço de Verificação de Óbito no Instituto Médico Legal de Salvador Tipo de ato: Instauração de Inquérito Civil Data da Instauração: 27/06/2019. Disponível em <<https://www.mpbba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/diariojustica/20190703.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2023.

FESF-SUS. A Fundação - Quem Somos. <http://www.fesfsus.ba.gov.br/>. Disponível em: <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FESF-SUS. Plano Estratégico 2018 – 2021. Disponível em <<http://www.fesfsus.ba.gov.br/transparencia/wp-content/uploads/sites/10/2020/07/Plano-Estrategico-2018-2021.pdf>> Acesso em 11 de jul. 2023

FESF-SUS. Estatuto Fundação Estatal Saúde da Família. Disponível em <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Estatuto-FESF-SUS_2010-1.pdf>. Acesso em 12 jul. 2023.

Fundação Estatal Saúde da Família. Estatuto Fundação Estatal Saúde da Família. Disponível em <http://www.fesfsus.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Estatuto-FESF-SUS_2010-1.pdf>. Acesso em 12 jul. 2023.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Práx. Educ., Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jul. 2023. Epub 25-Nov-2021. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>.

SILVA, Fabiana Lima de. SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS: UM ESTUDO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA NO DISTRITO FEDERAL (2010-2016). Distrito Federal, 2018. Disponível em <<https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/2724/1/Fabiana%20Lima%20da%20Silva.pdf>>. Acessos em 15 jul. 2023.

PROJETO DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS: ODISSEIA E FUNDAMENTALISMO

THE STATE FOUNDATIONS PROJECT: ODYSSEY AND FUNDAMENTALISM

Valéria Alpino Bigonha Salgado

Professora e consultora na área de gestão pública e contratualização.

Resumo

Este artigo reconstitui a trajetória do Projeto das Fundações Estatais, concebido no Ministério do Planejamento em 2005 como resposta institucional à crise dos hospitais federais e à dependência estrutural em relação a fundações de apoio. Descreve-se a opção pela revitalização da fundação pública de direito privado, prevista no art. 5º, IV, do Decreto-Lei n. 200/1967, e a formulação do Projeto de Lei Complementar n. 92/2007, destinado a regulamentar o art. 37, XIX, da Constituição Federal. Examinam-se as resistências opostas ao modelo por entidades sindicais, pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Ministério Público Federal, pelo Tribunal de Contas da União e pela Ordem dos Advogados do Brasil, bem como a consequente insegurança jurídica que, por mais de quinze anos, inibiu a adoção do modelo pelos entes federativos e favoreceu a expansão da terceirização no Sistema Único de Saúde. Analisam-se, por fim, os julgamentos das ADIs n. 4.247 (2020) e n. 4.197 (2023), nos quais o Supremo Tribunal Federal assentou a constitucionalidade das fundações estatais, a regência celetista de seu pessoal, sua aptidão para a prestação de serviços públicos de saúde e a recepção do Decreto-Lei n. 200/1967 com eficácia de lei complementar, confirmando, ao cabo de uma longa odisseia, o entendimento doutrinário sustentado desde a origem do Projeto. Conclui-se que a estabilização jurisprudencial não esgota a agenda: permanecem pendentes o refinamento do estatuto jurídico do modelo, a diferenciação normativa em relação às autarquias, às empresas estatais e às organizações sociais, e o desenvolvimento das capacidades gerenciais necessárias à gestão por resultados.

Palavras-chave: Fundação Estatal, Fundação Pública de Direito Privado, Administração Pública Indireta, Constitucionalidade, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article reconstructs the trajectory of the State Foundations Project, conceived within the Ministry of Planning in 2005 as an institutional response to the crisis of the federal hospitals and to their structural dependence on support foundations. It describes the decision to revitalize the public foundation under private law, provided for in article 5, IV, of Decree-Law No. 200/1967, and the drafting of Supplementary Bill No. 92/2007, intended to regulate article 37, XIX, of the Federal Constitution. The article examines the opposition mounted against the model by trade unions, the National Health Council, the Federal Public Prosecutor's Office, the Federal Court of Accounts, and the Brazilian Bar Association, as well as the resulting legal uncertainty which, for more than fifteen years, discouraged its adoption by subnational governments and fostered the expansion of outsourcing within the Unified Health System. Finally, it analyzes the rulings in Direct Actions of Unconstitutionality No. 4,247 (2020) and No. 4,197 (2023), in which the Federal Supreme Court upheld the constitutionality of state foundations, the applicability of labor law to their staff, their capacity to deliver public health services, and the reception of Decree-Law No. 200/1967 with the force of a supplementary law — thereby confirming, at the end of a long odyssey, the doctrinal position asserted at the outset of the Project. The article concludes that judicial settlement does not exhaust the agenda: the refinement of the model's legal framework, its normative differentiation from autarchies, state-owned enterprises and social organizations, and the development of the managerial capacities required for results-based management all remain pending.

Keywords: State Foundation, Public Foundation Under Private Law, Indirect Public Administration, Constitutionality, Unified Health System.

Nos últimos quinze anos, a criação e a implantação de fundações públicas de direito privado pelos Poderes Executivos, nas três esferas de governo, foram marcadas por questionamentos acerca da constitucionalidade dessa figura jurídico-administrativa, formulados junto a órgãos do Poder Judiciário, com consequente insegurança jurídica para os gestores públicos que se aventuraram na adoção do modelo institucional, principalmente no campo da saúde

pública, onde várias fundações foram instituídas para personalizar serviços assistenciais prestados diretamente à população, no âmbito da Rede Pública de Atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em breve retrospectiva histórica, é importante lembrar que o Projeto das Fundações Estatais – públicas de direito privado, surgiu no Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 2005, como uma resposta possível à crise dos hospitais federais do Rio de Janeiro, instalada pelos questionamentos então apresentados pelo Tribunal de contas da União (TCU) e pelo Ministério Público Federal (MPF), quanto às relações simbióticas irregulares que esses hospitais mantinham com fundações de apoio, especialmente no que se refere à triangulação de recursos públicos para driblar controles orçamentários; à complementação da folha de pagamento de servidores por meio dessas fundações; às compras e contratações irregulares; e ao fornecimento de mão-de-obra terceirizada para a execução das atividades de assistência à saúde - problemas que, até hoje, podem ser constatados em hospitais públicos, sem que ainda tenha sido construído consenso nacional acerca de uma solução jurídica e administrativamente sustentável.

Essas questões precipitaram a necessidade de reenquadramento dos institutos de saúde e hospitais federais sob novo formato jurídico-institucional que, ao tempo em que lhes assegurassem a sua condição de *serviços públicos*, prestados diretamente por estruturas estatais, na forma prevista no *caput* do art. 198 da Constituição Federal, proporcionassem a agilidade e a flexibilidade administrativas adequadas para um desempenho mais eficiente, principalmente no que se referia aos processos de aquisição, incorporação tecnológica, contratação, estruturação de carreira e remuneração da força de trabalho, entre outros.

Esse contexto conduziu o Governo Federal ao aprofundamento dos estudos sobre as formas jurídicas da Administração Pública vigentes, no objetivo de modelar uma solução que atendesse não apenas aos hospitais federais, mas também aos demais setores estatais executores de atividades e serviços sociais diretos aos cidadãos, que não exigissem o uso dos poderes de autoridade privativos do Estado.

Naquela época, a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento constituiu um grupo técnico para identificar um modelo jurídico, dentro da Administração Pública, que fosse adequado para

personalizar os serviços públicos sociais, especialmente os de assistência à saúde.

Participaram desse grupo, além dos técnicos do próprio Ministério do Planejamento, quadros especializados do Ministério da Saúde, representantes dos hospitais federais, membros do Ministério Público Federal e especialistas renomados da área do Direito e da Saúde Pública⁴⁹.

Uma das principais diretrizes observadas à época, pelo grupo de estudo, era o reconhecimento da importância da atuação da iniciativa privada, principalmente a filantrópica e demais entidades civis sem fins lucrativos, ao lado do Estado, na implementação das políticas públicas e efetivação de estratégias governamentais⁵⁰. Entretanto, reconhecia-se, também, ser imprescindível à Administração Pública dispor de solução jurídico-institucional, constitucional e legalmente estável e sustentável, que lhe assegurasse a capacidade de executar de forma direta as atividades e os serviços públicos sociais sob sua competência e responsabilidade, sem ter que recorrer à terceirização como única alternativa para garantir eficiência e efetividade no provimento do bem-estar social à população.

Em outras palavras, a missão entregue ao mencionado grupo de trabalho era a de identificar uma modelagem jurídico-administrativa que pudesse fortalecer a capacidade estatal de atuar diretamente, mantendo os hospitais federais dentro da estrutura administrativa do Estado, sob a governança das autoridades públicas, sujeitos à supervisão do Ministério da Saúde e à observância das

⁴⁹ Conforme registrado na publicação “*Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos*” da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, além de representantes de praticamente todas as áreas finalísticas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, participaram do grupo de trabalho membros do Ministério Público Federal, juristas e doutrinadores do Direito Público e Direito Privado, na qualidade de colaboradores ad hoc (BRASIL.MPOG.SEGES 2007, 11).

⁵⁰ Na área da saúde, a participação da iniciativa privada no provimento de serviços à população remonta à gênese do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Constituição Federal conciliado em seu texto o ideal de um SUS eminentemente público com a necessidade de viabilizar a participação privada dentro do Sistema, a título de complementaridade, dada a preferência ao setor filantrópico (Constituição Federal, art. 199, § 1º) (SALGADO, CAMPOS e MOREIRA 2016, 1).

disposições de Direito Público que recaem sobre todas as instituições públicas da Administração Indireta⁵¹.

Os resultados dos estudos realizados pelo grupo de trabalho sinalizaram para a oportunidade de “revitalizar” o modelo da fundação pública de direito privado, previsto no inciso IV do art. 5º do Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967.

De acordo com as normas do Direito Administrativo vigente, a fundação pública de direito privado é uma entidade integrante da Administração Pública Indireta, dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgão ou entidades de direito público.

Nada obstante, em sua organização e funcionamento, essa fundação ser regida pelo regime jurídico de direito privado, seu patrimônio e governança são essencialmente públicos, gerida, portanto, por autoridades investidas em cargos públicos e sujeita à supervisão do órgão da Administração Direta responsável por sua área de atividades, ao controle interno do Poder Executivo e ao controle externo dos Tribunais de Contas.

Essas fundações gozam de um regime jurídico similar ao das empresas estatais, sendo instituídas pelo Poder Executivo para cumprir finalidades e competências em áreas sociais, sem fins lucrativos, estabelecidas e delimitadas por lei, que também lhes define o patrimônio, fontes de receitas e a estrutura de governança. Submetem-se ao conjunto de regras de Direito Público, previstas na Constituição Federal e respectiva legislação regulamentadora, estabelecidas para todas as estruturas integrantes da Administração Pública, sejam essas de Direito Público ou Privado.

Especialmente no âmbito da União, esse modelo tinha deixado de ser adotado, sobretudo após o advento da promulgação da Constituição Federal de 1988, que havia consagrado a figura da

⁵¹ A Constituição Federal impõe a todos os órgãos e entidades públicos, independentemente de seu regime jurídico público ou privado (como as empresas estatais), voltadas, especialmente, à garantia da supremacia do interesse público sobre o privado, da impessoalidade no atendimento aos cidadãos, da legalidade e da transparência da sua atuação. Dentre essas disposições, destacam-se a obrigatoriedade de realização de concurso público para provimento de força de trabalho; a observância da legislação e normas relativas à licitação e contratos; e a submissão aos controles interno e externo do Poder Executivo e dos Tribunais de Contas.

fundação pública de direito público (fundação pública), como nova modalidade de entidade autárquica, regida integralmente pelo Direito Público; e conduzido o Governo Federal a “*autarquizar*” a maior parte de suas fundações públicas de direito privado já instituídas, a exemplo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)⁵², mantendo, no entanto, outras regidas pelo Direito Privado, tais como a Fundação Habitacional do Exército⁵³, vinculada ao Comando do Exército⁵⁴.

Acerca do histórico das fundações públicas de direito privado no Brasil, SANTOS e SALGADO (2019, pp.131-165), apresentam um relato pormenorizado da trajetória dessa figura jurídica, no âmbito da Administração Pública, no qual destacam não se tratar de um modelo recente, mas adotado no país desde os anos 1920⁵⁵, posteriormente regulamentado pelo Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que as posicionou dentro da Administração Indireta, submetidas, cada uma delas, à supervisão do respectivo órgão responsável pelas políticas públicas de sua área de atividades⁵⁶.

De acordo com as mencionadas autoras, em 1969, o Decreto-Lei n. 900 retirou as fundações públicas do âmbito da Administração Pública, que passaram a se regidas apenas

⁵² A Fiocruz foi autorizada a ser instituída pelo Poder Executivo Federal em 1969, tendo sido criada pelo decreto n. 66.624, de 1970, como entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com servidores contratados pelo regime das leis trabalhistas vigentes no país. Em 2003, o decreto n. 4.725, aprovou o seu novo estatuto, afirmando ser a fundação dotada de personalidade jurídica de direito público. E todo o seu regime de pessoal, compras, orçamentário-financeiro etc. passou a reger-se pelo direito público, tal qual o das autarquias.

⁵³ A FHE teve sua criação autorizada pela Lei n. 6.855, de 18 de novembro de 1980, sendo mantida como fundação pública de direito privado até os dias de hoje.

⁵⁴ A vinculação da Fundação Habitacional do Exército ao Comando do Exército está estabelecida no item 1 da alínea “b” do inciso VIII do Anexo Único do Decreto n. 11.401, de 23 de janeiro de 2023.

⁵⁵ São exemplos de fundações estatais instituídas pelo Poder Público, anteriormente, a exemplo da Fundação Osório, criada em 1924; da Fundação Getúlio Vargas, de 1944; da Fundação Casa Popular, de 1946; da Fundação das Pioneiras Sociais, de 1960; da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, de 1964, dentre outras - todas elas instituídas por ato do Presidente da República, ao amparo das normas do Código Civil de 1916, a partir de autorização legislativa específica que estabelecia regras fundamentais de seu estatuto, tais como sua finalidade, sua estrutura de governança e outros aspectos organizativos.

⁵⁶ SANTOS & SALGADO (2019, pp. 134-135), comentam, inclusive, sobre os percalços sofrido pelas fundações nos anos 70 e 80, quando essas instituições passaram a ser alvo de questionamentos relacionados ao uso inadequado de seu modelo de gestão.

pelas normas do Direito Privado, ao longo de quase dezessete anos, o que culminou por favorecer uma série de desvios e excessos em seu funcionamento, notadamente na contratação de pessoal e em abusos nas aquisições de bens e serviços, gerando o estigma de que a estrutura privada, no âmbito público, era sinônimo de malversação de recursos públicos. Em 1986, o Decreto-Lei n. 2.299 reintegrou as fundações públicas de direito privado no âmbito da Administração Pública Indireta, submetendo-as, novamente, à supervisão estatal. Em 1987, a Lei n. 7.596 deu nova redação ao Decreto-Lei n. 200, de 1967, tendo ratificado a personalidade jurídica de direito privado das fundações instituídas pelo Poder Público, a sua vinculação ao órgão da Administração Direta responsável pela sua área de atuação, para fins de supervisão; assim como a sua finalidade não lucrativa para o desenvolvimento de atividades que não exigissem execução por órgãos ou entidades de direito público (SANTOS e SALGADO 2019, 135).

A Carta Constitucional promulgada em 1988 consagrou no ordenamento jurídico nacional uma nova modalidade de autarquia, com substrato fundacional, que passou a ser denominada como fundação pública de direito público (fundação pública), muito embora não tenha expurgado, do seu texto e do mundo jurídico-administrativo, a figura da fundação pública de direito privado, mencionada ao longo dos seus dispositivos, como “*fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público*”.

Conforme lecionam SANTOS e SALGADO (2019, p.132), a Emenda Constitucional n. 19, de 1998, veio corrigir o texto original da Constituição Federal de 1988, ao deixar claro, no inciso XIX do art. 37, a natureza pública de direito privado das fundações instituídas pelo Estado, com o mesmo rito das empresas estatais, exigindo, entretanto, que a lei complementar restringisse as áreas em que essas estruturas públicas poderiam ser instituídas.

Portanto, considerando haver viabilidade jurídico-administrativa para a adoção do modelo das fundações públicas de direito privado e tendo como base os resultados do grupo de trabalho constituído para analisar a situação dos hospitais federais, conforme anteriormente mencionado, a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, em sua decisão de revitalizar o modelo das fundações públicas de direito privado, consultou e contou com a colaboração *ad hoc* de juristas e doutrinadores renomados, especialmente quanto à

constitucionalidade do modelo e aos seus aspectos estatutários essenciais, dentre eles Lenir Santos, Carlos Ari Sundfeld, Vera Monteiro, José Afonso da Silva, Celso Antonio Bandeira de Melo, Odete Medauar, Sérgio de Andrea Ferreira, Maria Sylvia Di Pietro, José dos Santos Carvalho Filho, Gustavo Beneboim, José Eduardo Sabo Paes, Rodrigo Pinto de Campos, Gustavo Tepedino, Alexandre de Moraes e Dias Toffoli, sendo que esse último, na época, era o Advogado Geral da União.

No âmbito do Ministério do Planejamento, as fundações públicas de direito privado, também chamadas governamentais, foram “batizadas” de “*fundações estatais*”, pelos pontos convergentes de seu estatuto jurídico com o das empresas estatais⁵⁷; e foram abertas duas frentes principais de trabalho. A primeira delas voltada para a adoção das medidas cabíveis com vistas à proposição de projeto de lei complementar que atendesse ao comando constitucional previsto no inciso XIX do art. 37, para regulamentar as áreas de atuação dessas entidades públicas.

A segunda linha de trabalho, desenvolvida de forma concomitante com a primeira, foi a de aprofundar os estudos e debates para a modernização do estatuto jurídico das fundações, com o objetivo de promover a sua adequação aos paradigmas contemporâneos da gestão pública, especialmente no que tange: (i) à participação e ao controle social de seu desempenho e resultados alcançados; (ii) à adoção de mecanismos de governança corporativa alinhados às boas práticas desenvolvidas nas empresas estatais, com participação estruturada e coordenada dos órgãos e entidades de governo nas suas instâncias superiores de direção colegiada; (iii) à implantação de controles de resultados, que promovessem a eficiência administrativa e a eficácia e a efetividade institucionais, por meio da celebração de acordos de objetivos e metas de desempenho, entre a entidade pública e o seu órgão supervisor; e (iv) à estruturação de processos de gestão de riscos e de custos, no âmbito das instâncias de governança interna das fundações.

Já à época, havia o entendimento de parte da comunidade jurídica nacional de que, na ausência da lei complementar exigida pelo

⁵⁷ As empresas estatais, previstas no inciso II e III do art. 5º do Decreto-lei n. 200, de 1967, são também instituídas mediante autorização legislativa, dentro da Administração Pública indireta, para consecução de finalidades públicas, desta feita, voltadas para a produção de bens e serviços voltados para o mercado.

inciso XIX da Constituição Federal, as fundações públicas de direito privado poderiam ser instituídas pelo Poder Público, tendo como base as disposições do Decreto-Lei n. 200, de 1967, com suas alterações; considerando que essa norma teria sido recepcionada pela Constituição Federal de 1988, com força de lei complementar.

Elaborado a pedido da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC), havia, inclusive, um parecer jurídico do professor e jurista Carlos Ari Sundfeld, acerca desse tema, no qual o ilustre doutrinador sustentava posição no sentido da recepção das disposições do Decreto-Lei n. 200, de 1967, pela Constituição Federal de 1988:

[...] já existia, antes da emenda, a disciplina legal do tema (campos de atuação das fundações governamentais privadas), e ela foi recepcionada pela nova norma constitucional. Trata-se do art. 5º, IV, do decreto-lei n 200, de 1967, na redação da lei n.º 7.596, de 1987. É verdade que a regra surgiu originalmente em lei ordinária, mas o certo é que, editada a emenda, foi recepcionada com eficácia de lei complementar.

O caso em tela não é o primeiro nem será o último no qual se está diante de comando constitucional que, embora remeta a regulação de determinada matéria a uma lei complementar, admite a recepção, como tal, de lei ordinária preexistente, no que versar sobre o tema em causa. Como se sabe, é recepcionada a lei ordinária que, sendo preexistente à Constituição, possua conteúdo compatível com as normas constitucionais. Além disso, há entendimento reiterado da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal no sentido de que a lei ordinária preexistente é recepcionada como lei complementar, se tal *status* normativo somente tenha sido demandado pela ordem constitucional que lhe seja posterior. (SUNDFELD 2006, 26-27)

Também nesse sentido, já defendia SANTOS (2005, p.11):

Quanto à necessidade de lei complementar dispondo sobre o campo de atuação das fundações estatais, enquanto tal lei não for editada, recepcionado está o art. 5º, IV, do Decreto-lei 200/67:

[...]

Como tal dispositivo refere-se às fundações estatais de direito privado, enquanto nova lei complementar não for editada, vigora a lei ordinária anterior, recepcionada pela Constituição, com força de lei complementar; assim, no tocante ao seu campo de atuação prevalece a regra do Decreto-lei acima citado: *“somente poderá ser instituída fundação para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgão ou entidade de direito público”*.

Nada obstante esses entendimentos, o Governo Federal considerava ser imprescindível propor ao Poder Legislativo um projeto de lei complementar que regulamentasse as áreas de atuação das fundações públicas de direito privado, em uma atualização do que já estava disposto no Decreto-Lei n. 200, de 1967.

Para discutir sobre a viabilidade jurídico-administrativa do modelo das fundações estatais e seus contornos estatutários, foram realizados diversos eventos, com destaque para o seminário promovido em 25 de junho de 2007, em Brasília (DF)⁵⁸, com a participação de Ministros de Estado, Ministro do Superior Tribunal de Justiça e membros do Ministério Público Federal⁵⁹; além de um seminário realizado em 14 de agosto de 2007, no Auditório do Conselho Nacional do Ministério Público, em Brasília (DF), com participação expressiva de Procuradores da República, Promotores de Justiça e membros do Tribunal de Contas da União.

⁵⁸ O Seminário “Aspectos Jurídicos da Fundação Estatal foi realizado em Brasília (DF), no dia 25 de junho de 2007, sob a promoção do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em parceria com o Ministério da Saúde, a Advocacia Geral da União (AGU) e o Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) (BRASIL.MPOG/SEGES 2007).

⁵⁹ A mesa de abertura do evento contou com a participação do Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão; Paulo Bernardo, do Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, do Ministro do Superior Tribunal de Justiça, Massami Ueda, do Advogado Geral da União Substituto, Evandro Costa Gama, e do presidente da Associação Nacional dos Procuradores da República, Antonio Carlos Bigonha. Participaram como palestrantes, do seminário, o Doutor Alexandre Santos de Aragão, a Dra. Vera Monteiro, o Professor Carvalho Filho, o Dr. José Eduardo Sabo Paes, o Professor Sérgio de Andrea Ferreira, o Dr. Gustavo Binembojm e Dra. Lenir Santos, essa última, como moderadora.

A mobilização ocorrida no Governo Federal, em torno da formulação e do debate sobre o instituto jurídico da fundação estatal, envolveu, ainda, diversos atores estratégicos e formadores de opinião nos Estados e Municípios, com destaque para os Estados da Bahia, Sergipe, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Como resultado desses estudos, em dezembro de 2007, o Governo Federal encaminhou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar (PLP) n. 92, referente às fundações estatais.

Nos debates havidos no âmbito do Congresso Nacional, o PLP sofreu severas oposições e resistências de entidades de classe e corporações de servidores públicos, inclusive, de integrantes do Ministério Público Federal e do Tribunal de Contas da União, além de doutrinadores e operadores do Direito Público.

Merecem ser registradas as arguições ao Projeto, formalizadas junto ao Governo Federal, pela Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal (CONDSEF), pela Central Única dos Trabalhadores (CUT) e pela Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA)⁶⁰; por fundações de apoio, por meio da Associação Paulista de Fundações⁶¹; e pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) posicionou-se frontalmente contra as fundações estatais, entendendo-as como uma estratégia governamental para “*privatizar*” os serviços públicos de saúde, em uma lógica (presumida) de enfraquecimento da rede pública do SUS, com transferências de atividades e serviços do setor público para o setor privado.

No âmbito da Câmara dos Deputados, as diversas audiências públicas realizadas sobre o Projeto das Fundações Estatais foram marcadas por embates, de um lado, o Governo Federal (representado pelos Ministério do Planejamento, Ministério da Saúde e Advocacia Geral da União) e, de outro, o CNS, diversas entidades

⁶⁰ Essas três entidades subscreveram e encaminharam ao Ministério do Planejamento, em 2008, Abaixo Assinado (conforme Processo nº 03000.005240/2008-54, protocolizado naquele Ministério) solicitando a retirada do PLP n. 092/2007, de pauta, ante temores por elas manifestados a respeito da natureza do projeto.

⁶¹ No final de 2007, a Associação Paulista de Fundações (APF) encaminhou ao Presidente da República a 3ª Carta de São Paulo, elaborada a partir dos resultados do 3º Encontro Paulista de Fundações, na qual manifesta temores em relação à proposta do Governo e solicita informações sobre o Projeto das Fundações Estatais.

sindicais e, inclusive, membros do Tribunal de Contas da União (TCU) e do Ministério Público Federal (MPF) – embates que se notabilizaram pelos ataques frontais às propostas, eivados pela desconfiança nos objetivos do Governo Federal com a “ressuscitação” do modelo das fundações públicas de direito privado⁶².

Em vistas dessas oposições, o PLP n. 92, de 2007, não conseguiu ser apreciado pelo Plenário da Câmara dos Deputados e permanece, até hoje, aguardando para entrar em pauta⁶³.

Em 2011, para solucionar o problema ainda pendente dos hospitais federais, especialmente os universitários, e contornar o “*fundamentalismo jurídico*” de operadores do Direito que se opunham ao Projeto das Fundações Estatais, presos a teses hermenêuticas e debates filosóficos na interpretação da Constituição Federal, o Governo Federal “*saiu pela tangente*” e criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) - uma empresa pública com estatuto jurídico de fundação estatal, considerando a natureza não lucrativa de sua finalidade⁶⁴; visto que direcionada à prestação de serviços públicos de saúde, no âmbito do SUS, além do apoio a instituições de ensino superior, em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Além disso, vários Estados e Municípios brasileiros instituíram fundações estatais para a personalização de serviços públicos de saúde, no âmbito do SUS, a exemplo dos Estados da Bahia, do Espírito Santo, de Sergipe, do Rio de Janeiro, do Paraná, do Piauí e do Ceará; e de Municípios tais como Niterói (RJ), Volta

⁶² É ilustrativo do preconceito sofrido pelo Projeto das Fundações Estatais no posicionamento manifestado por membro do Ministério Público, em audiência pública, na Câmara dos Deputados, no qual declara sua desconfiança na “*aliança*” entre o Ministério do Planejamento e o da Saúde, por considerá-la estranha e que, nesse caso, “*alguém está tentando enganar alguém e ser mais esperto*”. (BRASIL. CD 2007).

⁶³ No site oficial da Câmara dos Deputados, consta da ficha de tramitação do PLP 92, de 2007, que a situação do projeto está “*pronta para entrar na pauta de votações no Plenário*”, desde agosto de 2013, quando a matéria não foi apreciada em face do cancelamento da ordem do dia (BRASIL. CD s/d).

⁶⁴ O Parágrafo Único do art. 8º da Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011, estabelece que o lucro líquido da EBSEH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.

Redonda (RJ), Novo Hamburgo (RS), Sapucaia do Sul (RS), Vitória da Conquista (BA), Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Canoas (RS).

O fato de o Congresso Nacional não haver dado continuidade ao processo de tramitação do PLP 92 gerou um dos grandes pontos de polêmica em torno da criação e implementação das fundações públicas de direito privado, em razão de entendimentos discordantes entre doutrinadores e outros operadores do Direito, sobre a possibilidade da instituição de novas fundações estatais, antes da promulgação da lei complementar prevista no inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal.

Outro aspecto, também posto em arguição, foi a possibilidade de as fundações estatais terem o seu pessoal regido pelo regime trabalhista, à semelhança das empresas estatais, e não pelo Regime Jurídico Único, previsto no *caput* do art. 39 da Constituição Federal⁶⁵.

Multiplicaram-se as ações diretas de inconstitucionalidade apresentadas contra leis estaduais e municipais que visavam autorizar os respectivos Poderes Executivos a instituírem fundações estatais, fundamentadas, especialmente, nesses dois argumentos: (i) o da impossibilidade da adoção do regime de trabalho celetista dentro do setor público, que desconsiderava o fato de que esse é o regime praticado, de forma regular, pelas empresas estatais (públicas de direito privado), inclusive as prestadoras de serviços públicos hospitalares, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a própria Ebserh⁶⁶; e (ii) o da ausência de regulamentação de dispositivo da Constituição Federal que exige que a lei complementar (da União) estabeleça as áreas em que poderão ser criadas fundações estatais.

Interessante destacar que, embora o PLP 92 que iria regulamentar as fundações, não tenha sido aprovado pelo Congresso

⁶⁵ Sobre esse tema, é relevante lembrar que a menção ao regime jurídico único dos servidores, prevista no *caput* do art. 39 da Carta Magna havia sido excluída pela Emenda Constitucional n. 19, de 1998. Entretanto, por razões relacionadas a vícios formais, o dispositivo foi reintegrado ao Texto Magno, por decisão do Supremo Tribunal Federal, primeiramente por liminar deferida pelo STF em 2007 e, em 2020, por decisão da Suprema Corte que deu provimento à Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 2.135.

⁶⁶ Essas empresas estatais integram a Administração Indireta do Poder Executivo Federal, sendo que o HCPA e a EBSEH vinculam-se ao Ministério da Educação, para efeitos de supervisão ministerial e o GHC vincula-se ao Ministério da Saúde.

Nacional, em 2012, a União criou três fundações públicas de direito privado, autorizadas pelo art. 4º da Lei n. 12.618, para hospedarem a previdência privada dos servidores públicos federais dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, sob o aval do mesmo Ministério Público Federal que, anteriormente, havia se posicionado oficialmente contra o modelo⁶⁷.

Durante os quinze anos em que a figura jurídica das fundações estatais esteve relegada a um “*limbo*” jurídico, submetida à instabilidade institucional decorrente de interpretações conflitantes no âmbito da Advocacia Pública e de decisões díspares e, não raras, vezes contraditórias de órgãos do Poder Judiciário, proliferou, principalmente, no âmbito do SUS, a terceirização das atividades de prestação de serviços de atenção à saúde, por meio de acordos celebrados não apenas com filantrópicas, mas, especialmente, com entidades qualificadas como organizações sociais, com consequente “*publicização*”⁶⁸ dos serviços públicos e retração na Rede Pública de Atenção à Saúde.

⁶⁷ A Procuradoria Geral da República (PGR) havia se manifestado, junto ao STF, pela inconstitucionalidade das leis sergipanas e fluminenses, que haviam criado fundações estatais, na área da saúde (ADIs n. 4197 e n. 4247), em razão da ausência da lei complementar federal e da impossibilidade de adoção do regime celetista por fundações instituídas pelo Poder Público. Entretanto, no Parecer n. 11146/RG, de 29/97/2013, a PGR opinou pela improcedência das ADIs n. 5.863, 4.893 e 4.946, impetradas junto ao STF, com questionamentos sobre o modelo jurídico da Fundação de Previdência Complementar (FUNPRESP), criada pelo Poder Executivo Federal, por meio do Decreto n. 7.808, de 2012, a partir da autorização da Lei n. 12.628, do mesmo ano. Segundo matéria publicada no *site* de notícias o Procurador-Geral da República, Roberto Gurgel, afirmou que a fundação pública de direito privado era o único modelo organizacional administrativo constitucionalmente adequado para a previdência complementar dos servidores, por ser de interesse particular dos beneficiários optantes por esse regime. Para o procurador-geral da República, a única forma de dar cumprimento à Constituição Federal foi por meio das fundações públicas de direito privado instituídas pelo poder público, que integram a administração indireta, consistem em patrimônio personalizados com finalidade específica de natureza pública e que se submete a regras de direito público. (JUSBRASIL 2013).

⁶⁸ Lembrar que o modelo de organizações sociais está relacionado à *publicização de serviços públicos*, conceituada no âmbito do Plano Diretor da Reforma do Estado, publicado pelo Governo Federal de 1998 como a extinção de um serviço público e sua transferência para uma entidade privada, previamente qualificada como organização social, para celebrar parceria, via contrato de gestão, com o Poder Público, para a execução de atividades e serviços de interesse público de natureza continuada.

São exemplos emblemáticos o do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), do Município de Porto Alegre (RS) e o da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH), instituídos sob a personalidade jurídica de fundação pública de direito privado. Ambas as fundações tiveram suas respectivas leis autorizativas consideradas inconstitucionais pelo Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, em sede das Ações Diretas de Inconstitucionalidade, propostas por entidades sindicais e outras associações - ADIs n. 70046726287/2013-RS e n. 70040394843/2010-RS, respectivamente, sob o fundamento da ausência da anteriormente mencionada lei complementar federal (PREFEITURA.POA⁶¹ s/d).

No primeiro caso, em 2019, a Prefeitura de Porto Alegre decidiu pela extinção do IMESF e pela transferência dos serviços para entidades filantrópicas, qualificadas como organizações sociais. O Instituto foi extinto pelo Decreto Municipal n. 21.005, de 2021 (PREFEITURA.POA⁶² s/d).

O Município de Novo Hamburgo optou por transformar a fundação estatal em empresa pública, a fim de dar continuidade ao serviço - medida autorizada pela Lei Complementar Municipal n. 3172, de 2019. Entretanto, a mudança, aparentemente, não foi concretizada até o momento, já que a FSNH, segundo informações disponíveis no seu *site* oficial na *internet*, mantém-se em funcionamento regular, sem quaisquer alterações em sua modelagem jurídica (FSNH s/d).

Os Estados e Municípios que investiram no modelo das fundações estatais para personalizarem seus serviços públicos de saúde conviveram e ainda convivem, com a desinformação generalizada sobre os contornos jurídico-administrativos do modelo, o que, não raras vezes, conduz a determinações “autarquizantes” dos órgãos de controle e do Judiciário, assim compreendidas aquelas que estendem regramentos típicos dos órgãos e entidades regidos integralmente pelo Direito Público às entidades públicas de Direito Privado.

Os percalços vividos pelas fundações estatais gaúchas não são, portanto, casos isolados. Várias outras fundações públicas, instituídas sob o regime de direito privado, também tiveram dificuldades políticas nas suas tramitações legislativas e, uma vez criadas, sofreram questionamentos e arguições junto ao Judiciário,

com destaque para as três fundações estatais criadas pelo Estado do Sergipe para atuarem na área da saúde, que tiveram a impugnação de suas leis autorizativas⁶⁹ solicitada na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4197, impetrada pela OAB, junto ao Supremo Tribunal Federal, em 2009; e, ainda, para as fundações criadas pelo Estado do Rio de Janeiro, por meio da Lei Complementar n. 118, de 2007, cuja inconstitucionalidade foi arguida pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) junto ao STF, na ADI n. 4247, também de 2009.

Mais de dez anos depois de impetradas, o Plenário da Suprema Corte decidiu pela constitucionalidade das leis arguidas nessas duas ADIs.

No caso das leis fluminenses, questionadas na ADI n. 4.247, em 2020, o plenário do STF pronunciou-se no sentido da improcedência da ação, assentando a constitucionalidade de ambas as leis e, por conseguinte, colocando um ponto final nos questionamentos sobre a possibilidade de adoção do regime celetista na relação jurídica entre a fundação e seus empregados.

Relativamente à ADI n. 4197, concernente à constitucionalidade das leis do Estado de Sergipe, no Acórdão de 01/03/2023, a Suprema Corte assentou, de uma só vez: (i) a constitucionalidade das fundações estatais; (ii) a regência pela Consolidação das Leis do Trabalho do seu quadro de pessoal; (iii) a possibilidade de serem instituídas fundações públicas de direito privado para a prestação de serviços públicos de saúde; e (iv) por último e não menos importante, o reconhecimento de que o art. 5º, IV do Decreto-Lei n. 200, de 1967, ao determinar que as fundações públicas podem desenvolver “*atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público*”, foi recepcionado com eficácia de lei complementar pelo art. 37, XIX da Constituição Federal; encerrando a celeuma que se estendia por mais de 15 anos.

Registre-se que, a Procuradoria da República, nos seus pareceres apresentados ao STF, nos processos de ambas as ADIs – 4197 e 4247, havia se manifestado pelo conhecimento das ações, em virtude de inconstitucionalidades formais nas leis questionadas, pela ausência da normatização por via de lei complementar federal que disciplinasse as áreas de atuação das fundações estatais.

⁶⁹ Leis n. 6.346, n. 6.347 e n. 6.348, de 2008.

Finda, portanto, uma verdadeira odisseia político-jurídica em torno das fundações estatais e, voltando ao ponto de partida - como no poema épico grego, em que o guerreiro Ulisses retorna para casa - ou seja, ao entendimento jurídico exarado por renomados doutrinadores, no início do processo, quanto ao fato de o Decreto-Lei n. 200, de 1967 haver sido recepcionado pela Constituição Federal de 1988 com natureza de lei complementar, no que concerne ao comando do inciso XIX do art. 37 da Carta Magna (entendimento esse agora respaldado pela Suprema Corte), resta a reflexão sobre qual foi o ganho, para o interesse público, da oposição de parcela da comunidade jurídica nacional ao projeto, tendo-se como premissa que não foram motivações políticas, e sim explicitamente jurídicas, que motivaram essa oposição.

Essa reflexão ganha importância quando consideradas as manifestações contrárias de instituições cujas funções são reconhecidas como essenciais à justiça, responsáveis pela defesa da ordem jurídica, tais como o Ministério Público e a Ordem dos Advogados do Brasil.

É elucidativo, senão educativo, o trecho do Acórdão do STF, na ADI n. 4197, de 2023, que leva à ponderação sobre as tentativas de cercear as escolhas estratégicas do Poder Executivo Federal, sob o argumento da inconstitucionalidade:

As fundações públicas de direito privado podem se dedicar à prestação de serviços públicos de saúde. Isso porque: (i) na ausência de um modelo de organização administrativa pré-definido pela Constituição, deve prevalecer a autonomia de cada ente federativo; (ii) seria ilógico que a Constituição permitisse o exercício de atividades de saúde por particulares, mas não por entidades privadas vinculadas ao poder público; e (iii) esta Corte já afastou o argumento de que não seria possível a instituição de fundações privadas pelo poder público (BRASIL STF 2023)

O objetivo declarado do Projeto das Fundações Estatais era o de proporcionar um modelo jurídico-administrativo adequado para

a atuação mais efetiva e eficiente da Administração Pública na resolução dos problemas sociais, sem precisar lançar mão da terceirização de serviços como alternativa última para assegurar o provimento de serviços e benefícios sociais à população, garantindo o exercício da cidadania e o respeito à dignidade humana – ambos fundamentos da República Federativa do Brasil, dispostos no Art. 1º da Carta Magna.

A procrastinação, por mais de quinze anos, de solução jurídico-administrativa, que, conforme o Supremo Tribunal Federal, encontra amparo constitucional e legal, para privilegiar o debate filosófico, é, no mínimo, fazer sobrepujar o ideal de perfeição jurídica sobre os interesses da sociedade.

De qualquer forma, espera-se que as inseguranças jurídicas em torno da possibilidade de o Poder Executivo constituir fundações estatais para a prestação de serviços públicos sociais à população encerrem-se com o posicionamento conclusivo do Supremo Tribunal Federal acerca do assunto.

Cabe, agora, aproveitar o momento de estabilidade jurídica para investir, com grande atraso, no refinamento do estatuto jurídico das fundações, assim como no desenvolvimento das tecnologias gerenciais que deem suporte às instituições já criadas e as impulsionem em direção à adoção do modelo de gestão voltado para resultados.

Nesse sentido, deve-se destacar a importância de assegurar ao processo de criação de fundações estatais marcos legais consistentes. É preciso cuidado na proposição da lei autorizativa e na elaboração do decreto de criação de uma fundação. Copiar leis de outras fundações é um equívoco recorrente. Observadas as balizas do estatuto jurídico da fundação estatal, a sua lei autorizativa e o decreto de criação refletem as opções políticas adotadas por um determinado governo para personalizar as atividades e serviços públicos descentralizados. Assim, embora haja elementos estatutários básicos que são comuns às fundações estatais, a modelagem jurídica da fundação deve ser adequada a cada caso.

Outra questão importante é que, antes de criar uma fundação estatal, é preciso entender bem o modelo e aprender como operá-lo. Isso envolve a qualificação dos dirigentes e empregados da fundação, especialmente da sua área jurídica; da autoridade pública da administração direta responsável pela supervisão da entidade e de sua

equipe; da área jurídica do órgão supervisor; e dos órgãos de controle. Nesse sentido, é desejável instituir uma linha descomplicada de diálogo com a área jurídica, tendo nessa, um órgão verdadeiramente de assessoramento jurídico e não um órgão adicional de controle.

Criar uma fundação sem fazer essa concertação e preparação é correr o risco de autarquizar seu estatuto, pela interpretação equivocada ou insuficiente de seus contornos jurídicos.

Além disso é, especialmente importante, saber diferenciar a fundação estatal de uma fundação de direito público, de uma empresa estatal e de uma organização social, e atuar interna e externamente para que os regramentos incidentes sobre ela sejam adequados.

Significa dizer que, para dar segurança jurídica ao modelo, não adianta apenas a edição da lei complementar. É preciso investir na readequação do atual ordenamento jurídico legal e, especialmente, infralegal, para dispor acerca das regras incidentes sobre as fundações estatais, aproximando-as no que têm em comum com as empresas estatais mas, também, diferenciando-as, especialmente quanto à sua natureza não lucrativa.

Enquanto não for aprovada uma “*lei quadro*” para as fundações estatais, que funcione como um marco legal orientador sobre o seu estatuto jurídico, é importante prever, nas respectivas leis de criação, as disposições legais e normativas das empresas estatais que são aplicáveis às fundações públicas de direito privado.

De igual forma, é importante afastar das fundações públicas de direito privado a extensão de regras impostas às autarquias e fundações públicas de direito público, como a previsão da observância da Lei Federal n. 8.745, de 1993, nas contratações por tempo determinado, em detrimento das regras estabelecidas na CLT. Há, também, a necessidade de prever que aquelas fundações que não receberem recursos diretos do Orçamento Público para a cobertura de suas despesas de pessoal e custeio não se enquadram como entidades dependentes, gozando de autonomia orçamentária.

Um ponto fundamental no modelo das fundações estatais, é a compreensão objetiva do contrato de gestão, na qualidade de instituto híbrido, voltado a instrumentalizar a supervisão da Administração Direta sobre a entidade, por meio da fixação de objetivos e metas de desempenho institucional; e viabilizar o pagamento à entidade pelos serviços públicos contratados junto ao seu

órgão supervisor. Esse instrumento não se confunde com o contrato de gestão celebrado com as organizações sociais, porque não se trata de uma relação de parceria estado-sociedade.

A fundação estatal, como seu próprio nome diz, é uma estrutura pública, vinculada à Administração Direta, que atua por dever, na justa medida das suas finalidades e competências estabelecidas pela Lei. Presta serviços públicos e não serviços privados. Não exerce filantropia e não pode ser enquadrada como entidade beneficente. Provê direitos dos cidadãos e não faz caridade.

Outro ponto sensível na instituição de fundações estatais, é a *calibragem* da autonomia administrativa, orçamentária, financeira e patrimonial a elas concedida. Para que essa autonomia não prejudique o seu alinhamento às políticas pública, aos objetivos, estratégias e prioridades do governo, é fundamental que o seu órgão supervisor esteja preparado para avaliar e aprovar o planejamento estratégico e o orçamento da entidade, monitorar, avaliar e fiscalizar o seu desempenho; e participar de forma ativa e organizada dentro do seu Conselho Curador ou de Administração e Conselho Fiscal. Nesse sentido, é necessário investir em tecnologias de gestão por resultados, que possam instrumentalizar a atuação das fundações estatais orientada para o alcance do alto desempenho institucional, comprometida com o atingimento de objetivos e metas previamente pactuadas com seus órgãos supervisores.

De igual forma, é essencial resgatar, nas propostas originais do Projeto das Fundações Estatais, a preocupação com a previsão estatutária de órgãos consultivos, dentro de sua estrutura de governança, vocacionados à participação e ao controle social de suas atividades e resultados.

Por fim, é importante registrar que a descentralização administrativa é um instituto administrativo para dar mais especialização a uma determinada atividade. Instituir fundações que tenham competências muito abrangentes conduz, normalmente, a prejuízos à gestão dessas entidades e ao controle exercido por seu órgão supervisor. A concentração de atividades e serviços de diferentes naturezas em uma só fundação estatal, como estratégia para contornar a rigidez do regime jurídico da Administração Direta, resultando em uma “*megafundação*”, tende a se tornar insustentável a médio e a longo prazo. Além de ferir o princípio da especialidade, amplia o nível de complexidade organizacional, com reflexos nos

níveis de riscos operacional, financeiro, de transparência institucional e de corrupção.

Na área de saúde, o movimento de descentralização exacerbada de competências da Secretaria de Saúde para uma única fundação estatal pode, ainda, produzir impactos negativos no poder político e na capacidade de gestão da rede de serviços de saúde pelo Secretário, a quem cabe, privativamente, a direção do SUS, no âmbito do ente federativo.

Por mais difícil que tenha sido a história do Projeto das Fundações Estatais – uma verdadeira odisseia – instituir uma dessas entidades pode não ter sido a fase mais difícil. O grande desafio que se impõe agora, é dar um passo adiante e conseguir modelar um estatuto jurídico-administrativo consistente para essas entidades, sintonizado com os paradigmas contemporâneos da excelência na gestão pública e garantir qualidade e compromisso dos dirigentes públicos no seu manejo diário, que é quando, de fato, os ideais que moveram o Projeto das Fundações Estatais poderão se concretizar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. STF, Supremo Tribunal Federal. 2023. Acórdão da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.197 - Sergipe - Plenário. Brasília (DF): STF. Acesso em 25 de Agosto de 2023. <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15356443401&ext=.pdf>.

BRASIL. CD, Câmara dos Deputados. 2007. Audio da Audiência Pública promovida pela Câmara dos Deputados sobre o Projeto Fundação EStatal - Plenário 12. Brasília (DF). Acesso em 20 de Agosto de 2023. <https://www.dgpconsultoria.com/projeto-fundacao-estatal>.

BRASIL. CD, Câmara dos Deputados. s/d. Propostas Legislativas - Projeto de Lei Complementar - PLP 92/2007. Acesso em 21 de Julho de 2023. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082>.

BRASIL.MPOG.SEGES, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Gestão. 2007. Projeto Fundação Estatal - Principais Aspectos. Brasília (DF): SEGES/MPOG. Acesso em 25 de Julho de 2023. https://b43c612d-05f3-4d26-9938-d249ebc0609a.filesusr.com/ugd/5ec538_811fddb4111f401e96cc33cf0c046413.pdf.

BRASIL.MPOG/SEGES, Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. 2007. Discursos e Palestras - Seminário "Aspectos Jurídicos da Fundação Estatal". Brasília (DF):

SEGES/MPOG. Acesso em 17 de Julho de 2023. https://www.dgpconsultoria.com/_files/ugd/5ec538_a93608746db042d991443c9f7253fa40.pdf.

FSNH, Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo . s/d. Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo. Acesso em 24 de Agosto de 2023. <http://www.fsnh.net.br/>.

JUSBRASIL. 2013. PGR: Funpresp e lei que cria previdência complementar para servidor público são constitucionais. Acesso em 25 de Agosto de 2023. <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/pgr-funpresp-e-lei-que-cria-previdencia-complementar-para-servidor-publico-sao-constitucionais/157987522>.

PREFEITURA. POA(1), Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS). s/d. Saúde - Documentos e Publicações - Esclarecimentos sobre o IMESF. Acesso em 24 de Agosto de 2023. https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=2086.

PREFEITURA. POA(2), Prefeitura de Porto Alegre (RS). s/d. Portal da Transparência e Acesso à Informação da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Acesso em 24 de Agosto de 2023. http://www2.portoalegre.rs.gov.br/transparencia-entidades/default.php?p_secao=53.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. s.d. “Concepção de socio-tecnologia para a implantação da gestão pública democrática.” Congresso Nacional Paineis 1 - Concertação de governo e sociedade.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha, Thiago Lopes Cardoso CAMPOS, e Catarina Batista da Silva MOREIRA. 2016. “Os desafios à concretização do Sistema Único de.” Domingueira da Saúde Gilson Carvalho do Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Acesso em 21 de Julho de 2023. www.idisa.org.br.

SANTOS, Lenir. 2005. “Da Reforma do Estado à Reforma da Gestão Hospitalar: Algumas Considerações.” *Revista Saúde em debate*; Volume 29, Edição 71, set-dez: 371-381. Acesso em 25 de Julho de 2023.

http://idisa.org.br/img/File/A%2520gestao%2520hospitalar%2520e%2520a%2520Reforma%2520Administrativa%2520_versao%2520CEBES.pdf.

SANTOS, Lenir, e Valéria Alpino Bigonha SALGADO. 2019. “, Gestão Pública da Saúde e o Modelo Fundacional: Adequado Enquadramento Jurídico-Administrativo. Em S. DALLARI, F. AITH, & M.

MAGGIO, Direito Sanitário, Aspectos Contemporâneos da Tutela do Direito à Saúde (pp. 131-165). Curitiba - PR: Juruá Editora.” Em *Direito Sanitário, Aspectos Contemporâneos da Tutela do Direito à Saúde*, por S. DALLARI, F. AITH e M. (ORG.) MAGGIO, 131-165. Curitiba (PR): Juruá Editora.

SUNDFELD, Carlos Ari. 2006. Parecer Jurídico do Professor Carlos Ari Sunfeld, à consulta formulada pela FIOTEC. São Paulo (SP). Acesso em 21 de Julho de 2023. https://b43c612d-05f3-4d26-9938-d249ebc0609a.filesusr.com/ugd/5ec538_f4100b82904148149c0783caa9dad477.pdf.

RESGATE TEÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE

THEORETICAL RECOVERY OF PUBLIC HEALTH POLICIES AND STATE HEALTH FOUNDATIONS

Fabrícia Pavesi Helmer

Mestre em Política Pública e Desenvolvimento local. Gestora da Qualidade na Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba.

Resumo

O presente trabalho de natureza teórica objetiva discutir aspectos das políticas públicas de saúde no contexto da acumulação capitalista, discorrendo sobre a construção do SUS e a criação das Fundações Estatais de Saúde, a exemplo da Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba. Realizou-se pesquisa em artigos indexados, livros que versam sobre a temática, além de artigos de própria autoria e dissertação de mestrado. Verificou-se que a política de saúde pública busca garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição econômica, social ou geográfica e as fundações estatais exercem um papel fundamental na garantia desse direito.

Palavras-chave: Política Pública, Política Pública de Saúde, Fundação Estatal de Saúde.

Abstract

The present work aims to discuss aspects of public health policies in the context of capitalist accumulation, discussing the construction of the SUS and the creation of State Health Foundations, such as the State Foundation for Health Innovation - iNOVA Capixaba. Research was carried out in indexed articles, books that deal with the subject, in addition to articles of own authorship and master's dissertation. It was found that public health policy seeks to ensure that all citizens have access to health services, regardless of their economic, social or geographic condition, and state foundations play a fundamental role in guaranteeing this right.

Keywords: Public Policy, Public Health Policy, State Health Foundation.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos e requer a formulação e implementação de estratégias abrangentes para garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade. Ao longo das décadas, as políticas de saúde evoluíram em resposta às transformações sociais, demográficas, tecnológicas e epidemiológicas, refletindo uma abordagem dinâmica e adaptativa para atender às necessidades em constante mudança das populações.

Este artigo, de natureza teórica, visa demonstrar a importância da política pública de saúde, investigando suas origens históricas e sua influência em diferentes aspectos da sociedade. Além disso, objetiva-se demonstrar como a política de saúde pode estruturar, não apenas os sistemas de assistência médica, mas também os indicadores socioeconômicos, a equidade, a produtividade e a qualidade de vida das populações atendidas. Em um mundo cada vez mais interconectado e interdependente, compreender a política pública de saúde é essencial para construir sociedades saudáveis e sustentáveis.

2. RESGATE TEÓRICO SOBRE POLÍTICA PÚBLICA

O termo público associado à política, não é uma referência exclusiva ao Estado, como muitos pensam, mas sim à coisa pública, ou seja, de todos, sob a égide de uma mesma lei e apoio de uma comunidade de interesses. Portanto, embora as políticas públicas sejam reguladas e freqüentemente providas pelo Estado, elas também englobam preferências, escolhas e decisões privadas, podendo (e devendo) ser controladas pelos cidadãos. Política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas, que afetam a todos (PEREIRA, 1994, p. 2).

[...] as políticas públicas são também instrumentos de governabilidade democrática para as sociedades, tanto em sua acepção mais limitada, referida às interações entre o Estado

e o resto da sociedade, como no seu sentido mais amplo de levar à convivência cidadã (ABAD, 2003, p. 16).

Essa primeira aproximação com o tema política pública se faz necessário para que possamos ter clareza dos conceitos que permeiam e orientam a visão acerca de Política Pública.

Pereira (1994) diz claramente que embora as políticas públicas sejam reguladas pelo Estado, elas englobam preferências da sociedade e, como tal, podem ser controladas pelos cidadãos. E Abad (2003) retrata que a política pública, sendo uma decisão, expressa uma determinada ideologia de mudança social, o que resulta num compromisso de racionalidade técnica e política.

Em outras palavras, para Pereira (2009), embora as políticas públicas sejam reguladas pelo Estado, ela não é exclusivamente do Estado. A sociedade exerce papel ativo e decisivo, o que demonstra que o termo público é mais abrangente que o termo estatal. Para essa autora, a palavra pública não tem identificação exclusiva com o Estado, constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedade. Em outras palavras, é ação pública que, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e controle sobre atos e decisões do governo.

Para uns, a política pública é apenas o *output* (resultado) da atividade política dos governos, o que denota uma visão parcial e pragmática. Isso porque ela também contempla *inputs* (demandas externas, provenientes da sociedade), além de comportar correlação de forças, estratégias de implementação de decisões e a própria implementação com seus respectivos impactos. Logo, a política pública também está relacionada a conflitos de interesses e é resultante de decisões que visam administrar esses conflitos (PEREIRA, 2009, p. 97).

Por esse viés, Rua (1998) entende que política pública é um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos. Para a autora, somente quando alcançam a condição de problema de natureza política, ao ocupar a agenda pública, alguns

problemas de natureza social abandonam o chamado “estado de coisas”⁷⁰.

Concordando com o exposto, Sposito e Carrano (2003) dizem que a política pública não se reduz à implementação de serviços, pois reúne projetos de natureza éticopolítica e níveis diversos de relações entre Estado e sociedade civil na sua constituição. Para os autores, o traço definidor da política pública é a presença do aparelho público estatal na definição de políticas, no acompanhamento e na avaliação assegurando seu caráter público.

Assim, as políticas públicas podem ser classificadas como instrumentos que deveriam concretizar demandas que emergem da sociedade através dos conselhos de direitos, dos movimentos sociais de base ou mesmo dos partidos políticos, representando, portanto, a interação do Estado com a sociedade no sentido da construção de uma cidadania plena. Dessa forma,

[...] para que exista uma política pública como tal, faz-se necessário, segundo Bobbio, que uma situação determinada requeira solução por meio dos instrumentos de ação política, ou seja, da ação que tem como finalidade a formação de decisões coletivas que, uma vez tomadas, se convertam em vinculadoras de toda a coletividade. Analisando essa afirmação [...], qualquer situação que precise ser objeto de intervenção, mediante decisões vinculadoras para toda a sociedade, necessitará, por força, ser expressa como um problema político e, portanto, instalar-se na esfera pública como um conflito ou demanda que afeta, de certa forma, a convivência social, envolvendo atores sociais relevantes com capacidade de exercer pressão sobre a agenda governamental, dentro da

⁷⁰ Trata-se de um “estado de coisas” algo que incomoda, prejudica, gera insatisfações, mas não chega a constituir um item da agenda governamental. Quando esse “estado de coisas” passa a preocupar as autoridades e se torna uma prioridade na agenda, então ele se tornou um “problema político”. Em geral é a percepção de um “mal público”, além de situações como crises e catástrofes, que frequentemente desencadeia a ação em torno de um estado de coisas, transformando-o em problema político (RUA, 1998).

institucionalidade vigente ou fora dela (ABAD, 2003, p. 15).

O Neoliberalismo, enquanto política econômica, espalhou um novo modo de vida que teve um profundo impacto cultural na subjetividade das pessoas. As classes dominantes desejam que os indivíduos sejam consumidores, cercados de necessidades imediatas e muitas vezes supérfluas. Munidas de uma ideologia que dissemina possíveis necessidades produzidas pelo mercado, difundidas pela mídia e absorvidas pela massa, ditam uma forma de viver, de pensar, de vestir, de se comportar, garantindo o sustento da divisão social do trabalho, cujo objetivo são os lucros que beneficiam apenas as classes dominantes detentoras dos meios de produção (HELMER; RODRIGUES; GENTILLI, 2018).

O visível aprofundamento das desigualdades sociais e a ampliação do desemprego apenas comprovam que a proposta neoliberal foi vitoriosa, colocando o mercado como a grande esfera reguladora das relações econômicas, “cabendo aos indivíduos a responsabilidade de se adequarem ao mercado”. Além disso, no neoliberalismo, o gasto social é tido como uma das principais causas da crise fiscal do Estado, que de acordo com sua lógica deve ser reduzido, assim como deve haver restrição de meios financeiros, materiais e humanos para implementação dos projetos (IAMAMOTO, 2011, p.141).

Assim, imersa nessa realidade diversa e contraditória estão as classes subalternas, apresentando diversas demandas, dentre elas, os serviços básicos a sobrevivência de qualquer pessoa, dentre eles o acesso à saúde. São indivíduos que muitas vezes estão alheios à abrangência das políticas sociais e dos direitos sociais historicamente conquistados. A luta pela sobrevivência percorre o dia a dia das famílias pobres, não apenas a sobrevivência material, mas a sobrevivência afetiva também, de pertencimento a uma comunidade (FÁVERO, 2007).

O neoliberalismo emerge como uma visão ideológica que promove os interesses do capital globalizado, beneficiando conglomerados monopolistas em detrimento da proteção dos direitos dos trabalhadores. Essa abordagem contribui para a normalização da disparidade social, incentivando a busca incessante pela eficiência e competitividade tanto entre os trabalhadores quanto entre as empresas,

como resposta aos desafios impostos pelo cenário competitivo da globalização. (HELMER, 2018).

Após uma década que o neoliberalismo se estabelece aqui no Brasil, Sposati (2000, p.64), registrou que “o maior impacto da globalização se manifesta na desregulamentação da força de trabalho, no achatamento de salários e no aumento do desemprego”. Essa lógica passou a ditar o ideário de um projeto societário a ser implementado nos países capitalistas para restaurar o crescimento estável, tendo como pressupostos a reestruturação produtiva, a privatização acelerada, o enxugamento do Estado, a desproteção social, entre outras coisas.

3. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E AS FUNDAÇÕES ESTATAIS DE SAÚDE

O direito à saúde no Brasil ocorreu num momento em que avançava-se a nova fase do regime mundial de acumulação capitalista. Em um contexto em que o neoliberalismo ganhava força.

Assim, segundo Bravo (2006), no âmbito da década de 80 com a implementação da nova Constituição Federal (1988) foram incorporadas as políticas sociais como responsabilidade do Estado de acordo com as reivindicações das classes trabalhadoras.

A Constituição Federal de 1988 prevê vários avanços sociais que não se encaixariam no ideário neoliberal, tais como: ampliação de direitos trabalhistas, reconhecimento do princípio da participação popular na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis e reconhecimento da assistência social e da saúde como direito de cidadania (PEREIRA, 1996).

No pós 88, a história brasileira é pavimentada com a ideologia liberal que aporta no país na Era Collor, se consolida com Fernando Henrique Cardoso via Consenso de Washington, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), fazendo surgir privatização, desregulamentação do trabalho, abertura comercial, financiamento do grande capital e corte dos gastos sociais⁷¹.

⁷¹ Ideias retiradas do Seminário "Análise das políticas sociais no governo Lula" proferido por Ana Elizabete Mota em 24 de março de 2006, na Universidade Federal do Espírito Santo.

A luta pela construção do SUS contou com diversos atores que propuseram um desenho avançado da política de saúde que englobam princípios como: Universalidade, Atenção integral, Equidade, descentralização e hierarquização, descentralização e participação popular.

Esses princípios são essenciais para garantir que as políticas de saúde atendam às necessidades da população, promovam a equidade e contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde e bem-estar.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um sistema de saúde público e gratuito que assegura o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independentemente de suas circunstâncias socioeconômicas. Esse enfoque visa atenuar disparidades e fomentar equidade na acessibilidade aos cuidados médicos. O SUS concentra seus esforços em mitigar diferenças de saúde entre diversos segmentos da população, incluindo áreas urbanas e rurais, e setores vulneráveis da sociedade. Esse empenho é essencial para fomentar uma sociedade mais justa e inclusiva (BRASIL, 1990).

Além disso, o SUS dedica-se à promoção da saúde e à prevenção de doenças, o que se traduz em ações que elevam a qualidade de vida e reduzem os custos associados a tratamentos mais complexos. A ênfase na atenção primária à saúde fortalece sua posição como porta de entrada para os serviços de saúde, permitindo um diagnóstico antecipado, acompanhamento periódico e resolução de uma parcela significativa das questões de saúde dentro das comunidades (BRASIL, 1990).

Um aspecto relevante é a promoção da participação da comunidade na gestão e avaliação dos serviços de saúde pelo SUS. Isso confere aos cidadãos a oportunidade de ter voz nas decisões que afetam sua saúde e bem-estar, tornando-os parceiros ativos na construção de um sistema mais responsivo às necessidades da população.

As políticas públicas de saúde são essenciais para garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, bem como para promover a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população. Nesse contexto, as fundações estatais de saúde desempenham um papel fundamental na implementação e gestão dessas políticas.

As fundações estatais de saúde são entidades jurídicas de direito público, criadas pelo poder público, com o objetivo de gerir e executar ações e serviços de saúde. Elas são responsáveis por administrar hospitais, unidades de saúde, laboratórios, centros de pesquisa, entre outros, de forma a garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados à população.

Uma das principais vantagens das fundações estatais de saúde é a autonomia administrativa e financeira que possuem. Isso significa que elas têm maior flexibilidade na gestão de recursos e na tomada de decisões, o que pode agilizar processos e melhorar a eficiência dos serviços. Além disso, as fundações estatais de saúde têm a capacidade de estabelecer parcerias com outras instituições, como universidades e empresas, o que pode contribuir para a ampliação e aprimoramento dos serviços de saúde.

No entanto, é importante ressaltar que as fundações estatais de saúde também enfrentam desafios. Um dos principais é a necessidade de garantir a transparência e a prestação de contas à sociedade. Como entidades públicas, elas devem estar sujeitas a mecanismos de controle e fiscalização, de forma a garantir a correta utilização dos recursos públicos e a qualidade dos serviços prestados.

Além disso, as fundações estatais de saúde também precisam lidar com a escassez de recursos e a demanda crescente por serviços de saúde. Nesse sentido, é fundamental que haja um planejamento adequado e uma gestão eficiente dos recursos disponíveis, de forma a garantir a sustentabilidade financeira e a qualidade dos serviços.

As fundações estatais de saúde desempenham um papel fundamental na implementação e gestão das políticas públicas de saúde. Elas têm a capacidade de promover a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde, além de contribuir para a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população.

Como exemplo de fundação estatal de saúde no estado do Espírito Santo é a Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba que foi criada por meio do Decreto Nº 4585-R em 05 de março de 2020 pelo Governo do Estado do Espírito Santo, sendo uma fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial,

conforme autoriza a Lei Complementar Nº 924 de 17 de outubro de 2019.

O Decreto Estadual n.º 4585-R, de 05 de março de 2020 criou e aprovou o estatuto da primeira fundação estatal de gestão de saúde do Estado, onde destaca-se sua finalidade e competência:

Art. 6º A iNOVA Capixaba atuará visando assegurar a prevalência do interesse da população na garantia de seu direito à saúde e prestação de serviços de forma digna, célere, humana, altruísta, qualificada e eficiente.

Art. 7º Para a realização de sua finalidade, compete à iNOVA Capixaba:

I - prestar serviços gratuitos de atenção integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

II- apoiar, recrutar ou capacitar o pessoal de saúde dos órgãos e entidades públicas e privadas que integrem e participem do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - prestar serviços na área de desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade no âmbito do SUS;

IV - cooperar com órgãos e entidades públicas e privadas na execução de ações e serviços públicos de saúde, em acordo aos critérios da regionalização e das referências assistenciais;

V- prestar serviços nas áreas de engenharia clínica, de reforma e manutenção predial, ampliação e construção de unidades de saúde, de apoio diagnóstico e terapêutico, de telemedicina, de classificação de risco, de assistência farmacêutica, de serviços de logística vinculada a serviços de saúde, de medicina legal e verificação de óbitos, dentre outros na área da saúde;

VI - desenvolver atividades de pesquisa e inovação em saúde, servindo como campo de prática; e

VII - prestar serviços de apoio à execução de planos de ensino e pesquisa de instituições de

ensino técnico e superior públicas ou privadas de interesse do SUS. (ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, 2019).

A Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba, como especificada em seu regimento interno é incorporada ao Sistema Único de Saúde como uma entidade pertencente à administração pública indireta, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o exposto, pode-se perceber que as fundações estatais no âmbito da saúde no Brasil surgiram com o intuito principal de aprimorar a gestão do setor público de saúde. No decorrer desse processo, elas atravessaram uma série de fases, desde a introdução de um novo modelo na esfera da administração pública indireta, passando pela definição de seu enquadramento jurídico, até a busca por formas viáveis de alocar recursos para sua constituição.

Nesse trajeto, essas fundações implementaram e experimentaram estratégias audaciosas que as distinguiriam da abordagem convencional de gestão direta pelos órgãos governamentais. Adicionalmente, enfrentaram discussões de cunho constitucional a respeito de sua legalidade e, na conjuntura atual, enfrentam o desafio de estabelecer bases robustas gestão. Tudo isso se faz necessário para capacitar a estrutura administrativa a promover avanços significativos na qualidade dos serviços de assistência à população.

REFERÊNCIAS

ABAD, Miguel. Crítica política das políticas de juventude. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Orgs.). Políticas Públicas: juventude em pauta. São Paulo: Cortez/Ação Educativa/Friedrich Ebert Stiftung, 2003, p. 13-32.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 88, Cortez, 2006.

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 924, de 17 de outubro de 2019. Autoriza o Poder Executivo a criar fundação pública de direito privado denominada Fundação Estadual de Inovação em Saúde - iNOVA Capixaba e dá outras providências. Disponível em: <https://inovacapixaba.es.gov.br/Media/InovaCapixaba/Institucional/Estatuto%20Social.pdf>. Acesso em: 29 agosto de 2023.

FÁVERO, Eunice Teresinha. Questão Social e perda do poder familiar. São Paulo: Veras Editora, 2007.

HELMER, Fabrícia Pavesi. Juventude e pobreza: um estudo sobre acolhimento institucional de crianças e adolescentes. 2018. 114f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2018.

HELMER, Fabrícia Pavesi; RODRIGUES, Rodrigo da Rocha; GENTILLI, Raquel de Mattos Lopes. O Futuro do Trabalho no Brasil: Modernização e Miséria. Revista De Políticas Públicas, 21, p. 641–660. São Luis, 2018.

IAMAMOTO, Marida Villela. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. Concepções e propostas de Políticas Sociais em curso: tendências, perspectivas e conseqüências. NEPPoS/CEAM/Unlg: 1994.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI,

Ivanete. et al. (Orgs.) Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 87 – 108.

RUA, Maria das G. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. In: RUA, M.G; VALADÃO, M. I. (Orgs). O estudo da política. Tópicos selecionados. Brasília: Paralelo, 1998

SPOSITO, Marília P; CARRANO, Paulo Cesar R. Juventude e Políticas Públicas no Brasil. In: LEON, O.D. Políticas públicas de juventud en América latina: políticas nacionales. Viña del Mar: Ediciones CIDPA, 2003. p.16-39

UMA DÉCADA DE ENSINO E PESQUISA NA FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CURITIBA

A DECADE OF TEACHING AND RESEARCH AT THE CURITIBA STATE FOUNDATION FOR HEALTH CARE (FEAS)

Isabel de Lima Zanata

Fonoaudióloga, mestre e doutora em Distúrbios da Comunicação pela UTP, com especialização em Disfagia, Gerontologia e Preceptoría no SUS. Gerente de Ensino e Pesquisa da FEAS, com atuação em ensino, pesquisa e formação de profissionais da saúde.

Tatiane Caroline Boumer

Doutora em Tecnologia em Saúde; Coordenadora de Ensino e Pesquisa na Fundação Estatal de Atenção à Saúde de Curitiba - FEAS

Ana Lúdia Emerick Rosa

Graduação em Fonoaudiologia e Mestrado em Desenvolvimento Comunitário pela UNICENTRO. Atualmente é coordenadora do Curso de Bacharelado em Fonoaudiologia do Centro Universitário Internacional (UNINTER)

Gabriela Pinheiro Brandt

Enfermeira Obstetra, mestre pela UFSC e especialista em Gestão Hospitalar e Preceptoría Multiprofissional. Possui experiência em assistência obstétrica, gestão, ensino e saúde pública

Selma Cristina de Asevedo Smokovicz

Servidora da Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS), atua na gestão acadêmica de programas de residência e processos seletivos. Possui experiência em administração e gestão documental na área da saúde.

Felipe Yukio Ishikawa Fragoso

Biotecnólogo, mestre e doutor em Ciências da Saúde pela PUCPR. Possui experiência em pesquisa na área de Morfologia, com ênfase em cultivo celular, células-tronco mesenquimais e doenças respiratórias.

Luceli Possamai Valdati

Profissional com atuação na Fundação Estatal de Atenção à Saúde (FEAS), com experiência em gestão e desenvolvimento de projetos na área da saúde. Atua no fortalecimento das ações de ensino, pesquisa e qualificação profissional.

Resumo

A Feas tem como missão assegurar a atenção integral à saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida dos clientes e comunidade, por meio de estratégias nas áreas de saúde, pesquisa e educação. Tendo a pesquisa e o ensino como parte de sua missão, a Feas criou em 2012 um setor que concentra as práticas de integração ensino-serviço-comunidade, que atualmente é chamado de Centro de Educação e Pesquisa em Saúde. Portanto, este documento pretende relatar os 10 anos de trajetória desse centro de ensino.

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço-Comunidade, Educação em Saúde, Pesquisa em Saúde, Atenção Integral à Saúde, Relato de Trajetória

Abstract

The State Foundation for Health Care of Curitiba (FEAS) is committed to providing comprehensive health care while promoting improvements in the quality of life of patients and the community through initiatives in healthcare, research, and education. As part of this mission, FEAS established in 2012 a dedicated unit to integrate teaching, healthcare services, and community engagement, currently known as the **Center for Health Education and Research**. This article aims to describe the ten-year trajectory of the Center, highlighting its role in strengthening teaching, research, and professional education within the institution.

Keywords: Teaching-Service-Community Integration, Health Education, Health Research, Comprehensive Healthcare, Trajectory Report.

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Estatal de Atenção à Saúde (Feas) é um órgão de administração indireta, de personalidade jurídica de direito privado, que executa e desenvolve ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu marco legal encontra-se na Lei 13.663/2010 (CURITIBA, 2010), que dispõe sobre sua criação e amplia seu escopo de atuação pela Lei municipal 15.507/2019 (CURITIBA, 2019). É uma entidade com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, sujeita ao regime jurídico próprio (das entidades privadas sem fins lucrativos de beneficência social). A prestação de serviços da Feas é realizada

exclusivamente pelo SUS por meio do contrato de gestão com a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba. Este contrato define planejamento, ações, avaliação de desempenho, metas pactuadas e obrigações, inclusive orçamentárias e financeiras (FEAS, 2023).

A Feas tem como missão assegurar a atenção integral à saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida dos clientes e comunidade, por meio de estratégias nas áreas de saúde, pesquisa e educação.

Tendo a pesquisa e a educação como parte de sua missão, a Fundação criou em 2012 um setor que concentra as práticas de integração ensino-serviço-comunidade, que atualmente é chamado de Centro de Educação e Pesquisa em Saúde (Feas, 2023).

Tal prática é também reportada em outras fundações pelo Brasil, como a Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, Fundação Estatal Saúde da Família, entre outras que apresentam em seus processos de trabalho os estágios na área da saúde, a pesquisa, a inovação e as residências médicas e multiprofissionais (ANFES, 2021). As práticas de ensino e pesquisa exercem um impacto substancial na formação qualificada de profissionais de saúde e na otimização dos serviços prestados pelo SUS (NALOM *et al.*, 2019).

Primordialmente, é imperativo reconhecer que as instituições de saúde pública desempenham um papel central na preparação de profissionais inseridos no campo da saúde, formando profissionais no SUS e para o SUS. Mediante programas de ensino em saúde o campo de prática capacita os futuros profissionais de saúde, dotando-os da compreensão do sistema de saúde, dos princípios éticos norteadores da prática clínica e da relevância da prestação de cuidados equitativos e acessíveis a todos.

Essas práticas proporcionam aos estudantes e residentes a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos assimilados em um ambiente real de trabalho, sob a tutela de profissionais experientes. Isso não só aperfeiçoa suas competências clínicas, como também possibilita cultivar um entendimento mais profundo das demandas que se apresentam nas redes de atenção à saúde.

Na esfera da capacitação de profissionais de saúde, as práticas de ensino e pesquisa também concorrem para a constituição de um serviço capaz de lidar com os desafios complexos e emergentes

da saúde pública. A promoção de pesquisas nas instituições de saúde públicas oferta *insights* preciosos para a formulação de políticas e práticas de saúde baseada em evidências, deixando robusta a tomada de decisões no âmbito do SUS.

Entendendo a relevância de tal prática, a Feas desde os primórdios em 2012 criou o setor que seria responsável pelas atividades de ensino e pesquisa na instituição.

Este fato, somado ao contexto sociopolítico da época trouxe a necessidade de estruturação do que foi chamado inicialmente de Instituto de Ensino e Pesquisa. Com o passar dos anos, e considerando a necessidade de renovação e adaptação às novas necessidades e inovações inerentes ao desenvolvimento dos processos de ensino, passou a ser chamado em 2019 de Centro de Educação e Pesquisa em Saúde, como meta concretizada no que se refere à governança do conhecimento.

Entende-se que essas ações foram organizadas na direção de uma política de ensino e pesquisa fortalecendo a gestão da Feas, ampliando possibilidades de solidificar sua visão de ser reconhecida pela eficiência na gestão de serviços de saúde.

Com base no histórico exitoso das práticas de ensino e pesquisa na Feas, este documento pretende relatar os 10 anos de trajetória do Centro de Educação e Pesquisa da Feas.

2. TRAJETÓRIA

O Centro de Educação e Pesquisa em Saúde é o setor de referência quanto à produção e difusão do conhecimento. Sua atuação compreende as atividades relacionadas à Integração Ensino-Serviço e Pesquisas, bem como projetos especiais.

A integração ensino-serviço-comunidade visa a excelência da formação profissional, integrando estudantes, professores, comunidade e trabalhadores das equipes de saúde em conformidade com as diretrizes e princípios do SUS. Nesse cenário, estudantes de nível médio, superior e de pós-graduação são recebidos nos Programas de Estágio Obrigatório não remunerado e nos Programas de Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional. Atualmente o setor, executa ações nas áreas de estágios, visitas técnicas e acadêmicas, residências, pesquisas científicas e projetos especiais.

Nessa década houve várias configurações, pessoas e processos envolvendo a área. Em 2014 foi criado o Instituto de Ensino e Pesquisa com o objetivo de gerenciar as áreas das unidades da Feas que promoviam conhecimento em saúde. Abrangia as seguintes áreas: educação permanente, com cursos de desenvolvimento de competências gerenciais, humanas e técnicas para a formação de equipes de referência; residências multiprofissionais e médicas; estágios, pesquisas, visitas técnicas, participação em chamadas públicas e realização de eventos científicos. Sendo que os primeiros anos resultaram em cerca de 4.099 participantes em atividades de educação permanente, 67 vagas de residência, 20 pesquisas em andamento, 909 alunos em formação, 6 instituições credenciadas e 60 visitas técnicas e acadêmicas realizadas nas unidades da Feas. Informações estas, referentes aos anos de 2013 e 2014 somadas (FEAS, 2015).

Já em 2017 deu-se início à uma reestruturação no setor que se concretizou em 2019 com o desmembramento em dois importantes setores: o Centro de Educação e Pesquisa em Saúde (EP) e o Centro de Capacitação e Desenvolvimento Humano (Cecadeh). Tal decisão veio para fortalecer e ampliar a capacidade técnica e operacional das equipes e processos envolvidos. Na sequência serão apresentados os resultados mais atuais e representativos referentes ao EP.

2.1. Estágios obrigatórios não remunerados

O estágio supervisionado é um componente curricular obrigatório e representa um elemento essencial da grade curricular em cursos de formação nas diversas áreas da Saúde, e promove uma conexão entre os conhecimentos teóricos e sua aplicação no cenário de prática. A Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008, estabelece que o estágio seja compreendido como uma atividade educativa escolar sob supervisão, realizada no ambiente de trabalho, com o propósito de preparar os estudantes para o futuro exercício da profissão (BRASIL, 2008). Nesse sentido, os campos de estágio proporcionam um espaço de aprendizagem da profissão e da construção da identidade profissional.

A partir desta perspectiva compreendendo a integração Ensino-Serviço-Comunidade, a Feas disponibiliza campo de estágio em todas as unidades administradas e pretende contribuir não apenas para a formação técnica, mas possibilita uma formação humana, que

permita ao estagiário a vivência de experiências enriquecedoras do SUS. Atualmente a Feas recebe estagiários de duas modalidades: Os estágios curriculares obrigatórios não remunerados e os estágios eletivos de internato em Medicina.

Os estágios curriculares obrigatórios não remunerados ocorrem através do credenciamento das Instituições de Ensino (IE) Públicas e Privadas de Ensino de Nível Médio e Superior, por meio de edital público, publicizado no Diário Oficial do Município – DOM e no site da Feas. O edital é aberto em fluxo contínuo e compreende todas as etapas do credenciamento, bem como as normas e diretrizes para que as IE interessadas possam se habilitar. O credenciamento tem vigência pelo prazo de 1 (um) ano e pode ser prorrogado por igual período se houver interesse de ambas as partes.

Em 2013, eram 6 (seis) Instituições de Ensino Credenciadas e até o segundo semestre de 2023, são 18 instituições com credenciamento ativo, sendo 14 privadas e 4 (quatro) públicas. São credenciados atualmente 14 cursos, majoritariamente das Ciências da Saúde sendo estes: Medicina, Bacharelado em Enfermagem Técnico de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Técnico em radiologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Biomedicina e os cursos de Artes Visuais e Musicoterapia.

Os estágios curriculares obrigatórios ocorrem na Feas desde 2013. No dia 17 de março de 2020, devido a pandemia do COVID-19, foram suspensos seguindo as recomendações sanitárias locais e as resoluções e decretos dos órgãos reguladores. Contudo, em 2021, os alunos puderam retornar aos campos de prática. A Figura 1, apresenta o quantitativo de alunos que ocuparam as vagas disponibilizadas no cenário pós-pandemia do ano de 2021 até o mês de julho de 2023.

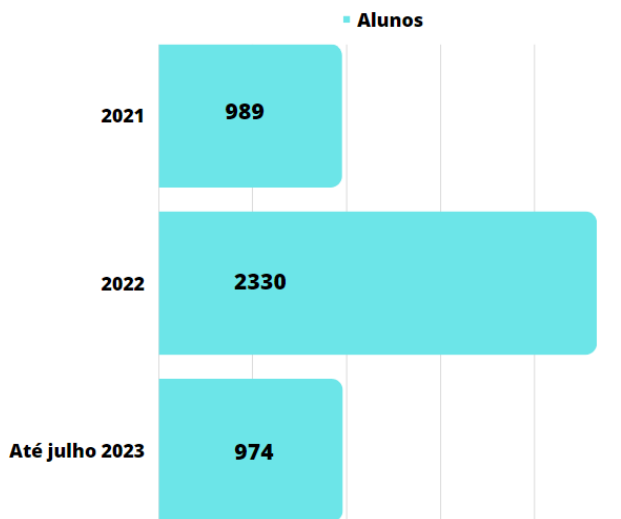


Figura 1 – Quantitativo de alunos de estágios obrigatórios nas Unidades Feas 2021- 07/2023.

Fonte: elaborado pelos autores.

Os estágios acompanham o calendário acadêmico letivo das instituições e todos os trâmites de organização dividem-se nos dois semestres anuais. A informatização da assinatura dos Termos de Compromisso de Estágio (TCE) que ocorreu o início da implementação no ano de 2021, ganha destaque importante, pois evita a impressão de cerca de 7.000 folhas anualmente, reafirmando o compromisso da Fundação com a sustentabilidade e preservação ambiental.

No que diz respeito as contrapartidas de estágio, estas são esperadas em duas modalidades previstas no termo de convênio. As contrapartidas técnicas- científicas para instituições de ensino públicas e as contrapartidas financeiras para as instituições de ensino privadas.

Entende-se por contrapartida técnica-científica, aquelas cujos fins sejam a capacitação dos funcionários da Feas. Podem ser classificadas como atividades pedagógicas: seminários, encontros, fóruns, grupos de estudo, cursos, educação em serviço, permanente e/ou continuada relacionadas à disciplina e ao setor de realização do

estágio. As instituições privadas realizam o pagamento das contrapartidas ao final de cada semestre, e este considera as vagas utilizadas e é cobrado por horas estágios, por aluno. O valor da hora é diferenciado entre curso técnico, superior e internato de medicina. Este repasse ocorre através da solicitação de aquisição de equipamentos para uso em todas as unidades, a partir de demandas previamente identificadas e validadas pela direção da Feas, ou através de repasse financeiro à Feas.

No início do ano de 2023, a Feas também iniciou a oferta de vagas para estágios eletivos de Internato de Medicina. Esta modalidade diferencia-se do internato obrigatório, pois ocorre através de busca direta do interno de medicina, não é necessário firmar convênio com a IE do acadêmico e não possui nenhum custo direto para o aluno ou IE. O estágio de internato eletivo também está regulamentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e na Lei Federal 11.788/2008.

São oferecidas vagas nas seguintes especialidades: psiquiatria, geriatria, clínica médica, cirurgia geral, medicina intensiva, medicina de emergência, urologia, anestesiologia e cuidados paliativos. Nesta modalidade o acadêmico acompanha diariamente o médico preceptor responsável da especialidade nas rotinas, realiza atividades com supervisão direta, participa de discussões multidisciplinares e pode acompanhar também as rotinas e aulas dos programas de residência da especialidade. Percebe-se a grande procura e interesse dos acadêmicos para ocuparem essas vagas, considerando que até julho de 2023, 26 alunos de diferentes regiões do país, realizaram estágios eletivos em unidades da Feas e já estão programados outros 25 acadêmicos até 2024, até o momento.

Como projeto futuro, está em processo de criação, um Programa de Estágios Remunerados para estudantes de cursos de graduação de áreas administrativas e comerciais como: Administração, Tecnólogos em Recursos Humanos, Gestão Hospitalar, Contabilidade, Direito, Marketing e Design Gráfico. Com este projeto, a Feas reforça o seu papel social na formação de estudantes e espera-se que este estagiário possa experienciar com solidez processos de gestão pública em saúde, desenvolver competências, habilidade e atitudes e agregar a Feas novos olhares e saberes.

2.2. Visitas técnicas e acadêmicas

A Feas oportuniza visitas em todas as suas unidades nas modalidades de visitas técnicas para outras instituições de saúde e comunidade em geral, e na modalidade acadêmica para estudantes e instituições de ensino. As visitas têm como objetivo fornecer aos interessados uma visão geral sobre os aspectos operacionais e funcionais, além de conhecer as instalações físicas das unidades administradas pela Feas.

As visitas são solicitadas através de formulário eletrônico que foi implementado no ano de 2014 no site da Feas, e só nos últimos 5 (cinco) anos as unidades receberam em média 1.205 visitantes por ano, conforme observa-se na Figura 2.

Quantitativo de visitas



Figura 2 – Quantitativo de visitantes recebidos nas unidades Feas de 2014 a julho de 2023.

Fonte: os autores, 2023.

A partir do recebimento do formulário de solicitação, o Centro de Educação e Pesquisa em Saúde realiza o alinhamento com o gestor de cada equipamento de saúde e disponibiliza para os solicitantes da visita as normas de cada local e orientações necessárias para a realização da visita.

Quanto a relevância das visitas acadêmicas realizadas, emergem-se para os estudantes novas experiências, conhecimentos e oportunidades de visualizarem de forma dinâmica, o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, além de incentivar a curiosidade e o questionamento, elementos essenciais para o processo de aprendizado.

Como maior objetivo das visitas técnicas realizadas, percebe-se a troca de experiências e as estratégias de *Benchmarking*. Alguns fluxos e processos de trabalho nas Unidades da Feas são referência no que diz respeito às práticas de atenção e cuidado ao paciente, bem como fluxos e processos operacionais. Receber visitas com essa demanda possibilita uma troca de experiência, bem como a comparação direta de processos e práticas e desempenho com outros equipamentos e gestão em Saúde, e oportuniza ainda mais a qualificação dos processos internos de trabalho.

2.3. Residências Médicas e Multiprofissionais

O Centro de Educação e Pesquisa em Saúde realiza a secretaria acadêmica dos programas de residência da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), que visam favorecer a formação e inserção qualificada dos profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi o primeiro implementado pela SMS de Curitiba em 2013. Nos anos seguintes, também foram ofertados os Programas de Residência Médica (PRM) em Clínica Médica e Psiquiatria. No que diz respeito aos Programas Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, todos foram criados em parceria com a Faculdades Pequeno Príncipe (como instituição certificadora), nas seguintes áreas: Saúde do Idoso, Saúde da Família, Enfermagem em Obstetrícia e Enfermagem em Urgência e Emergência (iniciados em 2014). Em 2017 iniciou o PRM de Geriatria, em 2020 iniciou o PRM de Medicina de Emergência e, em 2022 o PRM de Medicina Intensiva.

Anualmente, são ofertadas 79 novas vagas, distribuídas entre os nove programas de residência vigente: Residência Médica em Psiquiatria (6 vagas), Clínica Médica (6 vagas), Geriatria (2 vagas), Medicina de Família e Comunidade (35 vagas), Medicina de Emergência (2 vagas), Medicina Intensiva (2 vagas) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia e psicologia) (20 vagas), Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia) (4 vagas) e Residência em Área Profissional de Enfermagem em Urgência e Emergência (10 vagas).

Todos os programas são aprovados pelo MEC, financiados pelo Ministério da Saúde (MS) e têm carga horária de 2.880 (duas mil e oitocentas e oitenta) horas anuais, distribuídas em 60 (sessenta) horas semanais de atividades práticas, atividades teóricas e atividades teórico-práticas.

Para oportunizar aos seus residentes a maior abrangência e diversidade dos campos de prática, a Feas possui termos de cooperação técnica com outras 14 instituições prestadoras de serviços de saúde de Curitiba, privadas, filantrópicas e públicas.

Até março de 2023, 375 residentes concluíram suas residências no SUS Curitiba.

2.3.1. Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE)

Para a supervisão das atividades práticas, os programas contam com profissionais do serviço que exercem a função de preceptoria. Compete ao preceptor dentre outras atividades orientar, supervisionar e acompanhar diretamente o treinamento em serviço; ministrar aulas e orientar trabalhos de conclusão de residência (TCR); facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática. Em 2022 a Feas estabeleceu através da abertura de edital de processo seletivo interno a composição do Banco de Preceptores Feas. O processo de cadastro compreende análise da titulação acadêmica, carga horária de trabalho, histórico profissional na instituição e o descritivo pessoal da memória da trajetória profissional. Os profissionais convocados a exercerem a função de preceptoria recebem gratificação como verba indenizatória, enquanto estiver executando a função de preceptoria.

No âmbito das atividades teóricas o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) é composto pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração. O NDAE elabora e acompanha a execução dos projetos pedagógicos de cada programa, promovem a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde e desenvolvem grupos de estudo, fomentam a produção de

projetos de pesquisa e de intervenção voltados a produção do conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS (BRASIL, 2012). Dentre as atividades teóricas dos programas, acontece também a Mostra dos Trabalhos de Conclusão de Residência, que este ano será a 10ª edição. A mostra é um evento aberto ao público, onde os residentes apresentam as produções científicas alinhadas à atuação desses profissionais nas linhas de cuidado de Saúde do Idoso, Saúde Mental, Urgência e Emergência na Atenção Primária e Hospitalar.

Quanto as atividades teórico-práticas os programas de residência desenvolvem ações voltadas a equipe de profissionais e a sociedade em geral como eventos científicos, ações sociais e participação ativa em comissões técnicas e grupos de trabalho institucionais. O NDAE dos programas também desenvolve atividades de cunho teórico-prático com base nos conceitos de ensino e aprendizagem ativa, ou seja, atividades que proporcionem diálogo horizontal, que tenham objetivos claros e compartilhados, que contemplem as experiências vividas e os domínios cognitivos, afetivos e motores (BRASIL, 2012).

Dentre o planejamento pedagógico das atividades teórico-práticas voltadas à capacitação dos residentes, são executadas ações conforme descritas no Quadro 1.

Quadro 1. Atividades teórico-práticas dos programas de Residência Médica e Multiprofissional.

Atividade	Descrição	Frequência e participação
Café com Debate	Apresentação de um caso clínico pelos residentes. Discussão interdisciplinar e planejamento de estratégias de cuidado. Elaboração de um plano terapêutico individualizado que posteriormente é compartilhado com a equipe assistencial.	Atividade mensal com a participação de 5 programas de residência.
Cine Viagem	Atividade conduzida pelos tutores de área profissional. A partir de um recurso audiovisual (filme, episódio de série, documentário, reportagem), o grupo debate temas pertinentes a especialidade da residência, compartilhando as percepções e entendimentos, experiências práticas e sugestões de leituras sobre o tema.	Atividade mensal de um programa de residência. Participação de residentes, preceptores, tutores e coordenação.

Projeto Morada	Atividade proposta pela coordenação do programa. São realizadas atividades práticas como oficinas e workshops, com foco em promoção da saúde mental e autocuidado.	Atividade bimestral de um programa de residência. Participação de residentes.
Circuito de habilidades	Atividade proposta pelo NDAE onde são ministradas simulações realísticas.	Atividade trimestral de dois programas médicos. Participação dos residentes.
Tutoria direcionada	Atividade proposta pela tutoria com utilização de ferramentas de aprendizagem ativa.	Atividade semestral de um programa de residência. Participação de residentes.

Fonte: os autores, 2023.

2.3.2. Atuação dos Residentes na Pandemia da COVID-19

Durante a Pandemia da SARS-CoV-2, vários processos sofreram mudanças devido aos desafios em saúde enfrentados durante a pandemia. Seguindo as resoluções e decretos dos órgãos reguladores, em 17 de março, foram suspensas as atividades de estágio, visitas e pesquisas externas e readequadas as atividades teóricas e práticas dos programas de residência.

Nesse sentido, através de sua equipe, o setor se reorganizou a fim de apoiar a Feas nas ações referentes à pandemia. Contribuiu para a estruturação do Comitê de Enfrentamento à Covid-19 bem como auxiliou na elaboração dos planos de contingências das unidades. Através dos residentes e equipe técnica foram executados treinamentos das equipes, participação nas comissões de cada unidade, análise de aquisição de materiais e equipamentos, testagem dos colaboradores, recepção e distribuição de doações e apoio a setores críticos como Medicina e Enfermagem do Trabalho, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Hospital Vitória e Programa de Acolhimento Psicológico aos colaboradores.

2.3.3. Estrutura e suporte técnico-científico

O Centro de Educação e Pesquisa da Feas visa promover suporte técnico-científico ao NDAE e para os residentes. Como suporte científico a instituição fornece biblioteca física, plataforma de busca de dados online e materiais e equipamentos de simulação realística em parceria com o Cecadeh.

2.4. Pesquisas Científicas

Desde a sua criação o setor incentiva a pesquisa científica nas unidades administradas pela Feas. Durante os 10 de anos de atuação, diversas pesquisas e projetos foram desenvolvidos. Entre eles, destacam-se os 212 projetos conduzidos e executados por profissionais, residentes e pesquisadores externos. Na Figura 3, é apresentado o quantitativo de pesquisas científicas por triênio.

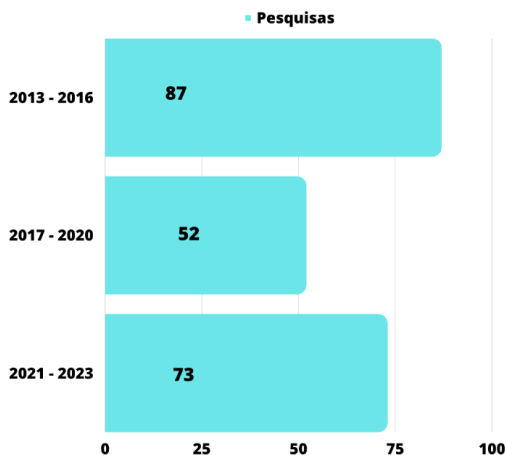


Figura 3 – Quantitativo de pesquisas científicas por triênio.

Fonte: os autores, 2023.

Na década, diversos projetos foram destaque para a comunidade científica a nível nacional e internacional, destacando-se aqui o Projeto “Melhor em Casa Curitiba – transformando as relações de trabalho para uma organização tipo cérebro” contemplado com o primeiro lugar do Prêmio InovaSUS 2015, além de outras três experiências também premiadas, a apresentação de dois trabalhos

científicos no *International Fórum on Quality & Safety in Healthcare* em 2022, a participação e recebimento do 6º e 7º Prêmio Inova Saúde do INESCO, com 9 e 11 trabalhos executados na Feas, respectivamente.

Tendo em vista a missão institucional e o cadastro da Feas como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT), o setor de ensino e pesquisa também tem submetido outros projetos a agências de fomento, como o CNPq e o PPSUS.

No que diz respeito a participação em eventos científicos, maior tem sido o incentivo da instituição para que seus empregados participem de congressos, simpósios e jornadas. Inclusive, promovendo eventos com essa finalidade. No ano de 2023 foi realizada a terceira edição do Simpósio de Pesquisa Científica, que tem por objetivo promover discussões sobre a elaboração de pesquisas científicas nas unidades administradas pela instituição.

O setor presta assistência metodológica e auxílio na elaboração de projetos de pesquisa para todos seus profissionais e residentes, chamada de tutoria de pesquisa. Ainda, a instituição possui dois empregados atuando como membros do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Curitiba.

2.5. Projetos especiais

Além das quatro grandes áreas de atuação, o Centro de Educação e Pesquisa executa ações e projetos especiais que tem como objetivo direto ou indireto fomentar o ensino, pesquisa e desenvolvimento na área.

Nesse contexto, são destaques dos últimos anos, o *I-Talking* que foi realizado em 2019 e tinha como objetivo promover conversas sobre inovação, criatividade e sustentabilidade entre os empregados da fundação. Cada conversa visava estimular a transformação no fazer dos empregados, repercutindo em mudanças organizacionais. Os encontros eram mensais e compostos por dois momentos. No “Inovação Feas” foram apresentadas práticas inovadoras e exitosas implementadas nos diferentes serviços da Fundação. Em seguida, um convidado compartilhava suas experiências sobre temas relacionados à inovação e como aplicar na prática.

Nos anos de 2018, 2019 e 2022, o setor, junto à Direção da Feas promoveu Programas de Formação Gerencial para os profissionais de gestão estratégica e operacional da instituição, através da contratação de empresas especializadas. Ao todo participaram dessas atividades mais de 200 profissionais.

A Feas, por meio do Centro de Educação e Pesquisa em Saúde, pretende dar segmento na habilitação da instituição como complexo de ensino e ampliar seu escopo para área de inovação e pesquisa.

3. CONCLUSÃO

Em síntese, as práticas de ensino e pesquisa representam um alicerce crucial para a formação de profissionais de saúde comprometidos com a missão do SUS. A simbiose enriquecedora entre o meio acadêmico, residências e o sistema de saúde pública culmina não somente na formação qualitativa dos profissionais, mas também na otimização dos serviços destinados à coletividade. Logo, cultivar essas práticas reverbera no futuro da saúde pública e na promoção do bem-estar de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

ANFES. Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde, 2021. Disponível em: <https://anfes.org.br/sobre/>. Acesso em agosto de 2023.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2008.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

CURITIBA. Lei nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010. Institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES-CURITIBA), altera a Lei Municipal nº 7.671, de 10 de junho

de 1991, e dá outras providências. Diário Oficial do Município, Curitiba, PR, 21 dez. 2010.

CURITIBA. Lei nº 15.507. Altera a denominação e dá nova redação ao caput do art. 2º da Lei nº 13.663, de 21 de dezembro de 2010, que institui a Fundação Estatal de Atenção Especializada à Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. Diário Oficial do Município, Curitiba, PR, 19 set. 2019. Ano VIII, nº 180.

FEAS. A Fundação, 2023. Disponível em: <https://feas.curitiba.pr.gov.br/unidadesdenegocio.html>. Acesso em agosto de 2023.

FEAS. Ensino e Pesquisa, 2023. Disponível em: <https://feas.curitiba.pr.gov.br/ensino-pesquisa.html>. Acesso em agosto de 2023.

NALOM, Daniela Martinez Fayer; GHEZZI, Joyce Fernanda Soares Albino; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro; PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe; MARIN, Maria José Sanches. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 24, n. 5, p. 1699-1708, maio 2019. UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>.

UMA FUNDAÇÃO ESTATAL QUE SE QUALIFICOU COMO INSTITUIÇÃO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E CONSTRUIU UMA PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA NA ÁREA DE INOVAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DA FESF-SUS

A STATE FOUNDATION THAT QUALIFIED AS A SCIENCE AND TECHNOLOGY INSTITUTION AND ESTABLISHED A PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE FIELD OF INNOVATION: THE EXPERIENCE OF FESF-SUS

Hêider Aurélio Pinto

Médico sanitarista, mestre e pós-doutorando em saúde coletiva (Unifesp), doutor em políticas públicas. Professor da UFBA. Endereço eletrônico: heiderpinto.saude@gmail.com.

José Santos Souza Santana

Médico sanitarista, mestre em Saúde Coletiva pela UFBA e doutor pela Unifesp. Possui ampla experiência em gestão, ensino e inovação no SUS, com atuação na FESF-SUS e no Ministério da Saúde. HU Brasil. É Diretor de Ensino, Pesquisa e Inovação da HU Brasil.

Thiago Lopes Cardoso Campos

Advogado sanitarista, especialista em direito sanitário pelo IDISA-Sírio Libanês, especialista em Gestão de Políticas de Saúde Baseadas em Evidências pelo Iep - Sírio Libanês e especialista (MBA) em Gestão de Negócios pela FGV. Vice-Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA. Diretor da Quinta Diretoria da Anvisa. E-mail: tlccampos2@gmail.com

Arthur Chioro

Médico sanitarista, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Professor da Unifesp. Presidente da HU Brasil. Endereço eletrônico: arthur.chioro@unifesp.br.

Resumo

O artigo analisa a experiência da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em sua qualificação como Instituição de Ciência e Tecnologia (ICT) e na implementação de uma parceria público-privada voltada à inovação em saúde. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, que examina as transformações institucionais realizadas entre 2017 e 2023, incluindo a realização da primeira Encomenda Tecnológica (ET) na área da saúde sob o novo marco legal da inovação. Como resultado, foi desenvolvida a

Plataforma Eletrônica da Saúde (iPES), destinada à interoperabilidade de dados, integração de informações clínicas e fortalecimento da saúde digital no Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo evidencia que a combinação entre inovação tecnológica, governança pública e cooperação com o setor privado possibilitou a criação de soluções estratégicas para a gestão da saúde, inclusive no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Conclui-se que a experiência da FESF-SUS demonstra o potencial das fundações estatais para ampliar a capacidade de inovação e qualificar os serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: FESF-SUS, Inovação em Saúde; Encomenda Tecnológica, Saúde Digital, SUS.

Abstract

This article analyzes the experience of the State Family Health Foundation (FESF-SUS) in its qualification as a Science and Technology Institution (STI) and in the implementation of a public-private partnership focused on health innovation. It is a qualitative case study that examines the institutional transformations carried out between 2017 and 2023, including the first Technological Procurement (Encomenda Tecnológica) in the Brazilian health sector under the new legal framework for innovation. As a result, the Electronic Health Platform (iPES) was developed to promote data interoperability, integration of clinical information, and the strengthening of digital health within the Brazilian Unified Health System (SUS). The study demonstrates that the combination of technological innovation, public governance, and cooperation with the private sector enabled the creation of strategic solutions for health management, including actions to address the COVID-19 pandemic. It concludes that the FESF-SUS experience highlights the potential of state foundations to enhance innovation capacity and improve public health services.

Keywords: Health Innovation, Digital Health, Technological Procurement, State Foundation, Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

A Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), criada em 2009, é uma instituição que tem sua história marcada por um conjunto de inovações e ineditismos. Em 2018, passou a atuar também

na área de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I). Para isso, promoveu um conjunto de mudanças institucionais que a qualificaram como Instituição de Ciência e Tecnologia (ICT) e foi a primeira instituição da saúde a fazer uma Encomenda Tecnológica (ET) conforme o novo marco nacional de inovação, a Lei nº 13.243/2016, regulamentada pelo Decreto nº 9.283/2018 (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018).

A ET, por meio de uma exitosa parceria público-privada (PPP), resultou na Plataforma Eletrônica da Saúde denominada iPES, que tem se consolidado como uma das mais inovadoras soluções de saúde digital para o SUS no Brasil (FERNANDEZ; PINTO, 2020; PINTO et al. 2020a,b; PINTO et al, no prelo).

O presente capítulo trata dessa parceria e de inovações que a tornaram possível ou que são decorrentes dela.

A FESF-SUS fez parte do grupo de primeiras Fundações Estatais (FE) instituídas no Brasil após a defesa desse modelo jurídico institucional por gestores públicos de distintas esferas de governo, bem como de organizações vinculadas a setores do movimento de saúde, do direito sanitário e organizações estatais como o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2007; SANTOS; PINTO, 2009; MERHY; FRANCO; PINTO, 2012). Dentre as fundações estatais, a FESF-SUS inovou por ser a primeira interfederativa, tendo sido instituída por 69 municípios da Bahia e tendo em sua governança dirigentes com mandato, eleitos e supervisionados por um conselho no qual deliberam representantes dos municípios instituidores, do Governo de Estado da Bahia, do Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde do Estado da Bahia, das Universidades Públicas sediadas no território baiano, do Conselho Estadual de Saúde e dos trabalhadores concursados da Fundação.

A FESF-SUS foi criada para desenvolver, prioritariamente, serviços de atenção básica à saúde nos municípios contratantes, estabelecendo uma carreira de base estadual para a atuação das diversas profissões na Estratégia de Saúde da Família. Sua capacidade estatal e os resultados alcançados na prestação de serviços, na execução de políticas e programas foi habilitando e legitimando a FESF-SUS para uma série de outras ações. Hoje, atua na formação de profissionais de saúde, tendo a maior residência em atenção primária, médica e multiprofissional, da Bahia. Presta serviços assistenciais na atenção básica, domiciliar, ambulatorial especializada e hospitalar, e

na área da regulação. Possui o maior programa de telessaúde do estado. Desenvolve projetos de humanização em hospitais, incluindo a atuação de enfermeiras obstetrias. Gere, ainda, o Projeto Primeiro Emprego na área da saúde, entre outras ações.

Em 2017, a FESF-SUS foi provocada pela Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado da Bahia (SECTI) para atuar na área de CT&I, mais especificamente, no fomento e desenvolvimento de soluções de TIC para a saúde. A proposta da SECTI era que essa atuação resultasse em soluções de TIC úteis ao SUS da Bahia e que, junto a isso, gerassem pesquisas, inovações, emprego e renda. A Secretaria de Desenvolvimento Econômico da Bahia (SDE), por sua vez, apontou que o “modelo de negócio” dessa atuação não poderia depender de recursos do tesouro estadual. Além disso, deveria ser projetado o que seria o trabalho em saúde nos próximos dez anos para antecipar tendências e promover inovações que impactassem na efetividade e eficiência do sistema de saúde, que fomentassem um novo mercado na Bahia, com mais valor agregado, com agentes, expertise e soluções que reposicionassem o estado nesse campo em um futuro próximo (PINTO et al., 2020a;b; PINTO et al. no prelo).

Além dessas, outras importantes razões (PINTO et al., no prelo) fizeram a FESF-SUS planejar a atuação em CT&I e empreender mudanças institucionais para se qualificar como uma ICT. Este será o primeiro processo aqui analisado, justamente porque as informações e conhecimentos sistematizados podem ser úteis a outras instituições públicas que tenham desafios ou objetivos semelhantes.

Os desafios da área que a FESF-SUS decidiu atuar, relacionados ao que se convencionou chamar de transformação digital ou, mais especificamente no caso da saúde, de saúde digital, exigiram a produção de inovações. Foram realizadas pesquisas e estudos sobre o modo de gerá-las e desenvolveu-se um conjunto de ações que resultaram em quatro frutos, também de grande relevância para a administração pública, e que serão analisados neste capítulo.

O primeiro foi o modo como a FESF-SUS realizou a primeira ET, calcada no novo marco de inovação. O segundo está relacionado às inovações que resultaram desta ET: uma plataforma digital de interoperabilidade integrada a uma plataforma de interações e transações vocacionada à promoção de um ecossistema de inovação. O terceiro foi a instituição de uma empresa, criada como uma *startup*, com a responsabilidade de gerir, desenvolver e explorar os ativos de

inovação gerados na ET, dos quais a FESF-SUS é coproprietária. A empresa foi criada, conforme previsto no Contrato de Encomenda Tecnológica, pelas empresas que participaram da ET, incluindo entre seus sócios alguns pesquisadores que contribuíram na geração da inovação. Sua criação consolidou uma parceria público-privada sob governança pública, a qual envolve a FESF-SUS, os municípios e estados contratantes e o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio Nordeste). Por fim, o quarto fruto está relacionado às iniciativas públicas nas quais essa parceria público-privada é um fator essencial para viabilizar ações inovadoras a custos que não seriam exequíveis com soluções tradicionais de mercado (FERNANDEZ, 2020; PINTO et al., 2020a;b; PINTO et al. no prelo).

2. METODOLOGIA

Este estudo, caracterizado como estudo de caso, é parte de uma pesquisa coordenada pelo Lascol – Laboratório de Saúde Coletiva (Unifesp) e que envolve a participação de pesquisadores de diferentes instituições. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Unifesp-138190/2021). Utilizou-se como método qualitativo o *process tracing* (BENNETT; CHECKEL, 2015), que permite que a análise de trajetórias históricas, documentos e entrevistas resulte na identificação de processos centrais na explicação dos fenômenos em análise, sempre à luz do modelo teórico utilizado e da consideração das variáveis presentes no caso.

O modelo teórico utilizado para analisar os processos de formulação tratados neste capítulo tem base no Neoinstitucionalismo Histórico, especialmente na Teoria da Mudança Institucional Gradual (MAHONEY; THELEN, 2010). Foi utilizada a abordagem teórico-metodológica, proposta por Pinto e Côrtes (2022), para análise de políticas públicas considerando as suas trajetórias de formulação e implementação, bem como a influência que sofreram de legados históricos e das disputas de atores com diferentes posições nos arranjos institucionais analisados. Assim, são consideradas dimensões como a ação de atores que estiveram envolvidos no processo de formulação, seus objetivos (que incluem interesses e outras motivações), suas ideias (que incluem preferências, crenças e evidências que orientam sua atuação), a influência de legados

históricos, tanto institucionais quanto ideacionais, e o arranjo institucional vigente no espaço social no qual foi formulado e implementado o que é analisado (PIERSON, 2000; MENICUCCI, 2009; MAHONEY; THELEN, 2010; PINTO; CÔRTEZ, 2022).

A análise documental abrange o período de 2017 a 2023, em que a FESF-SUS iniciou sua atuação na área de CT&I e que é marcado também pela realização da ET, criação das inovações, instituição da IPES e implementação de políticas e programas que contaram com a participação da mesma. Foram analisadas normas e documentos relativos ao tema, todos os documentos oficiais relacionados à realização da ET, criação da IPES, celebração de acordos de cooperação, com o Consórcio Nordeste, estados e municípios, relatórios técnicos, apresentações e produções da equipe de pesquisa e comissões relacionadas à realização da ET e à criação da IPES. A análise documental permitiu a reconstrução da trajetória de formulação, tratada na próxima seção. Foi realizado, também, um estudo bibliográfico, não sistemático, para apoiar a compreensão dos legados históricos que influenciaram a formulação.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. A qualificação da FESF-SUS como uma ICT

Alguns estudos analisaram o processo que marca o início da atuação da FESF-SUS na área de CT&I (PINTO et al, 2020a; PINTO et al, no prelo). Nesta subseção, levaremos esses estudos em consideração e, principalmente, os documentos que tratam da qualificação da Fundação como ICT.

Em 2017, a FESF assinou, em seu ciclo de planejamento estratégico, a missão de “produzir soluções inovadoras para o SUS” e a visão institucional de “consolidar-se como instituição produtora de inovação, cuidado humanizado e formação para o SUS”. Cumprindo o planejado, em 2018 foi realizada uma mudança estatutária que permitiu que a FESF-SUS pudesse se tornar uma ICT. Além de passar a constar como um de seus objetivos o incentivo à pesquisa científica e tecnológica e o desenvolvimento de soluções inovadoras para a sociedade, a FESF-SUS preparou a organização para atuar de forma mais sistemática com inovação. Há no estatuto da FESF-SUS a obrigação de investir um determinado montante de recursos em inovação, pesquisa e formação dos trabalhadores, o que é feito por

meio de um Fundo de Desenvolvimento constituído com recursos oriundos dos contratos que celebra com o poder público.

A FESF-SUS promoveu mudanças também em seu Regimento e na estrutura organizativa. Criou a Diretoria de Ciência, Tecnologia e Inovação (DCTI), que passou a liderar as ações relacionadas à inovação e recebeu o nome fantasia “FESF-Tech”, ganhando uma sede própria no Parque Tecnológico da Bahia, um dos benefícios decorrentes do Convênio de Cooperação Técnica celebrado com a SECTI.

Foi criada uma Política de Inovação própria, que tomou como referência a produção e instrumentos formulados e implementados por outra ICT, a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, a mais importante fundação pública do país voltada para o desenvolvimento de pesquisa e inovação para a saúde. Depois de ficar em consulta pública, a Política de Inovação da FESF-SUS foi aprovada no início de 2019. Nela há diretrizes para a relação da FESF-SUS com instituições públicas e privadas no âmbito da inovação, tratando dos direitos de propriedade intelectual e de exploração das inovações. Prevê a possibilidade da FESF-SUS participar da criação de novas instituições de direito privado para explorar inovações. E, reproduzindo a legislação nacional e a política de inovação da FioCruz, reconhece direitos de participação na propriedade intelectual a funcionários e colaboradores que participarem de processos de inovação. Um modo de estimular que inventores e pesquisadores desenvolvam inovações junto à ICT, e não fora dela, somente com o mercado.

O processo de qualificação da FESF-SUS como ICT pode servir como uma boa referência a ser levada em conta por outras instituições públicas, sejam fundações estatais ou não, que tenham o interesse no tema. Detalhá-lo está fora do escopo deste capítulo, mas aqui foram tratados seus passos essenciais e linhas gerais.

3.2. A realização da primeira encomenda tecnológica (ET) na saúde sob o novo marco de inovação

A realização da ET pela FESF-SUS também já foi abordada em alguns estudos (PINTO et al, 2020a;b; FERNANDEZ; PINTO, 2020; PINTO et al, no prelo). Não se pretende aqui retomá-los e nem fazer a descrição detalhada do processo. A intenção, com base na análise documental realizada, é apontar as principais motivações,

passos e instrumentos utilizados pela Fundação para realizar a ET. Com isso, queremos ofertar uma sistematização que ajude os entes públicos que queiram trilhar caminhos semelhantes, ainda que necessariamente sempre singulares.

Em primeiro lugar, é necessário destacar o que é uma ET. Em curta síntese, trata-se de uma modalidade especial de compra pública decorrente de uma mudança no marco regulatório brasileiro, que passou a compreender que as aquisições de pesquisa e desenvolvimento na área de CT&I necessitam de conceitos, regulamentação e instrumentos específicos. Formalmente, são tipos especiais de compras públicas diretas, adequadas a situações específicas nas quais é necessário o desenvolvimento de uma tecnologia para solucionar um desafio e nas quais há a presença de risco tecnológico. São reguladas pelos artigos 24, inciso XXXI, da Lei nº 8.666/1993, e 20, da Lei nº 10.973/2004, e pela seção V do Decreto nº 9.283/2018.

Vale compreender que quanto maior o grau de risco tecnológico, conceito central na ET, maior a dificuldade de se definir os custos, o tempo de desenvolvimento, a probabilidade de entrega do produto/processo e do alcance total ou parcial dos objetivos. Esse grau de incerteza inviabiliza o uso dos mecanismos de compra e contratação tradicionais previstos na Lei de licitações. O estágio de desenvolvimento das tecnologias, etapa necessária na realização de uma ET, é feito com base no nível de prontidão tecnológica - TRL (IPEA, 2019). Quando o TRL é alto (e, inversamente, o risco é baixo) ou existe ao menos uma solução amadurecida e adequada disponível no mercado para solucionar o problema demandado, pode ser feita uma compra tradicional prevista nas leis 8666/1993 e, agora, 14.133/2021.

As ET se impõem para situações nas quais não existe nenhuma solução no mercado e há a necessidade de desenvolvimento tecnológico de soluções potenciais com TRL intermediários. No outro extremo, quando as soluções potenciais estão em um nível muito incipiente de desenvolvimento e com baixo TRL, tal como uma pesquisa ainda sem aplicação, o alto risco tecnológico desaconselha tanto a licitação tradicional quanto a ET, e se adequa mais aos instrumentos de fomento à pesquisa (IPEA, 2019). Pode-se, inclusive, combinar esses dois últimos instrumentos: uma solução muito incipiente pode ser objeto de fomento à pesquisa e, em estágio mais

amadurecida, ser objeto de uma encomendada para concluir seu desenvolvimento e ser aplicada. Uma vez desenvolvida e no mercado, pode ser objeto de licitações.

O marco regulatório dos EUA para modelos de aquisição adaptados e praticados na área de CT&I é uma inspiração evidente dos formuladores da ET no Brasil (RAUEN, 2014; IPEA 2019). As compras e contratos de pesquisa e desenvolvimento são direcionados para a resolução de desafios e/ou alcance objetivos sem definição, a priori, de método ou modo de solução. Com efeito, é difícil estabelecer, precisamente, as probabilidades de sucesso ou o esforço necessário. Desse modo, o objetivo do processo de contratação é encorajar o envolvimento de organizações e sujeitos qualificados da comunidade científica, estatal e do mercado e proporcionar um ambiente favorável, flexível e criativo para a construção de soluções que superem os desafios e alcancem os objetivos (RAUEN, 2014). Na ET, o Estado produz a demanda, definindo qual resultado deve ser buscado, e as diversas organizações - universidades, centros de pesquisa e/ou empresas, pesquisadores, inventores - tentam inovar para produzi-lo.

Na FESF-SUS, foi necessário trilhar um caminho de institucionalização da política de inovação antes de se ter condições para realizar uma ET. Logo após a aprovação da política de inovação, foram criadas algumas importantes estruturas em sequência, um “núcleo de inovação tecnológica”, como está previsto no novo marco de inovação, que na Fundação ganhou o nome de “Comissão de Inovação”, e era composto por dirigentes e técnicos de diversas áreas, tendo a finalidade de analisar e propor ideias, projetos e processos de inovação, além de auxiliar os órgãos de direção da FESF a tomar as decisões relacionadas à inovação. Assim, estavam no escopo de análises, proposições e atividades dessa comissão as prioridades de investimentos, as prospecções prioritárias, a instituição de boas práticas para a gestão de processos e projetos inovadores, bem como o acompanhamento de projetos em andamento. A segunda estrutura foi um “Comitê de Especialistas”, tal como previsto no Decreto que regulamenta a Lei de Inovação, um órgão externo constituído por profissionais voluntários e com reconhecido saber em diferentes áreas do conhecimento, com a prática voltada para o estudo e/ou o desenvolvimento de inovação.

Algumas áreas foram analisadas e ao menos três foram prospectadas. Duas delas envolviam novos equipamentos para a saúde, sendo que uma previa equipamentos de biomonitoramento e o que é chamado de *internet das coisas* (IOT). A linha que mais se desenvolveu foi aquela demandada pela SECTI: aplicações de TIC em saúde relacionadas à informatização dos serviços de saúde e o uso direto e indireto dessas informações. Para esta, foi criada uma terceira estrutura, um “Grupo de Pesquisa”, instituído para desenvolver estudos, tecnologias e processos, bem como realizar análises e orientações técnicas com o objetivo de viabilizar o projeto da Plataforma de Inovação Tecnológica.

Com isso, a FESF-SUS pôde estabelecer com mais precisão um de seus objetivos prioritários para inovação: a integração de dados unívocos de indivíduos, oriundos de sistemas de informação do SUS, para compor um Registro Eletrônico de Saúde (RES) e, a partir daí, serem armazenados e processados no modelo de uma *plataforma* para responder a necessidades dos atores sociais do território, por meio do desenvolvimento ou aplicação de soluções produzidas por terceiros, articulados em um *ecossistema de inovação*. Os autores Gawer e Cusumano (2014) e Parker, Van Alstyne e Choudary (2019) formularam o conceito de “plataforma” utilizados na FESF-SUS e os autores Carayannis e Campbell (2009), Jackson (2011) e Oh e colaboradores (2016) o de “ecossistema de inovação”.

Em 2019, depois da FESF-SUS ter prospectado estratégias, modelos e tecnologias que pudessem viabilizar a criação de uma plataforma com as características tratadas acima, e ter concluído que não havia nenhuma solução disponível no mercado, decidiu-se que seria realizada uma ET para desenvolvê-la. Foi publicado um edital de consulta pública para apresentação de soluções visando a implantação de um modelo de gestão da informação que qualificasse a tomada de decisão pelos gestores do SUS – o primeiro desafio da ET – e promovesse a criação e estruturação de um ecossistema de inovação, possibilitando parcerias para o desenvolvimento tecnológico na área da saúde e o fomento de pesquisas e negócios com geração de emprego e renda – o segundo desafio da ET (Eixo 2). No edital e termo de referência da Consulta da ET, esses dois desafios desdobravam-se em doze objetivos específicos. Ao fim de um processo que durou aproximadamente quatro meses, foi celebrado um contrato com as

empresas cuja proposta atendia aos desafios e objetivos da ET (PINTO et al. 2020a;b).

3.3. As inovações geradas na Encomenda Tecnológica (ET)

A ET teve sucesso pouco mais de um ano depois que foi iniciada (PINTO et al, 2020b). Além de ter conseguido gerar as duas inovações apontadas nos desafios assignados em seu edital e Contrato de Encomenda Tecnológica, conseguiu produzir, ainda, outra inovação articulada a essas duas. As inovações combinadas foram chamadas de Plataforma Eletrônica da Saúde (iPES). Nesta subseção, trataremos das duas primeiras e, na próxima, desta terceira, que se refere a um inovador arranjo público-privado.

A primeira inovação da iPES é uma plataforma de interoperabilidade, que pode ser assim descrita: várias soluções de TIC, que não precisam pagar licença de software a nenhuma outra empresa, capazes de interoperar os dados clínicos e administrativo de sistemas de informação e soluções de prontuário eletrônico de saúde, e, com isso, gerar um Registro Eletrônico de Saúde (RES), que reúne em um só lugar todos os dados de saúde de um cidadão. Geram, ainda, um repositório de dados clínicos, com dados que possibilitam a gestão do cuidado de grupos de pacientes e a gestão de serviços e sistemas de saúde, passíveis de serem utilizados por usuários, profissionais e gestores do SUS, mas, também, por instituições privadas complementares ao SUS e da saúde suplementar. Assim, algo que se vinha buscando nacionalmente há mais de uma década foi criado no Nordeste da partir de uma ET de uma FE, realizada em parceria com o Consórcio Nordeste e os estados da região.

Os objetivos que se quer alcançar com a interoperabilidade dos sistemas de informação e prontuários eletrônicos do SUS, com a disponibilização oportuna e gestão inteligente das informações, são: aumentar a efetividade e eficiência dos serviços de saúde, integrar ações de cuidado, melhorar a qualidade do atendimento, agilizar e dar mais segurança à comunicação clínica e epidemiológica entre profissionais de saúde, apoiar a tomada de decisão e a gestão em saúde. De fato, o armazenamento e uso intensivo de dados e aplicação de ferramentas de TIC no processo de trabalho buscando ganhos de efetividade e eficiência e produção de inovações nos serviços de saúde, denominado transformação digital, tem provocado mudanças significativas nos modos de atenção e vigilância em saúde e na gestão

dos serviços e sistemas de saúde. Ou seja, promovem o surgimento de tecnologias que prometem qualificar a atenção individual e coletiva à saúde (ESPANHA; FONSECA, 2010; MAKARY; DANIEL., 2016; PINTO; SANTANA; CHIORO, 2022).

Dentre as mudanças mais abordadas na literatura, pode-se destacar: maior volume e qualidade das informações clínicas sobre os pacientes, com maior capacidade de disponibilizá-la ao cuidador em tempo oportuno para influenciar positivamente a tomada de decisão e aumentar a resolubilidade; maior comunicação e compartilhamento de decisões entre profissionais de saúde que atuam em diferentes serviços, melhorando a coordenação do cuidado; qualificação dos encaminhamentos a outros serviços e redução dos encaminhamentos e solicitação de procedimentos (como consultas e exames) desnecessários, os quais oneram o sistema de saúde sem benefícios aos usuários; e otimização da oferta de serviços de saúde, com redução de filas e tempos de espera (PATRÍCIO et al., 2011; BELL et al., 2012; GONÇALVES, et al. 2013; MARCOLINO et al., 2013; MAKARY; DANIEL, 2016; MAEYAMA; CALVO, 2018; CELES et al., 2018).

Os processos de transformação digital na saúde, tanto no setor público quanto privado, estão relacionados a quatro dimensões principais: 1- informatização dos serviços de saúde e processos de trabalho; 2- interoperabilidade e troca de informações entre profissionais e serviços; 3- atendimento remoto; e, 4- uso de inteligência artificial (PINTO; SANTANA; CHIORO, 2022). A plataforma de interoperabilidade da iPES refere-se mais diretamente à segunda dimensão, interoperando dados com base em modelos de informação pactuados nacionalmente, com o objetivo de informar os processos de decisão relativos ao planejamento, gestão, monitoração e avaliação em saúde. Do cuidado individual à organização da rede de atenção à saúde e gestão do SUS. Além disso, essa inovação cria condições que facilitam avanços na terceira dimensão, relacionada a oferta de atenção remota, como as diversas modalidades de telessaúde, com objetivos de educação em saúde, monitoramento de casos, coordenação do cuidado, consultoria de um profissional de saúde a outro, atendimento de usuários, diagnóstico remoto, entre outros. E dá base informacional e relacional à realização de projetos de inteligência artificial na massa de dados gerada, sob a governança dos entes públicos participantes.

Este último elemento, tratado acima, relaciona-se mais com a inovação derivada do segundo desafio da ET em análise: promover um ecossistema de inovações com o objetivo de fomentar novas soluções, pesquisas, inovações e novos negócios, gerando emprego e renda. Para isso, a iPES foi construída com uma arquitetura específica, que maximiza a integração e troca segura de informações com outras soluções. Foi desenvolvida de modo que suas atividades de padronização, interoperabilidade, processamento e demais serviços permitissem que outras soluções de TIC pudessem alimentá-la de dados (do modo como vierem) e também consumir seus dados (já processados e padronizados). Assim, articulou-se uma plataforma de interoperabilidade com uma plataforma de interações entre diversos atores e soluções, produzidas por agentes de um ecossistema de inovação. Soluções, essas, demandadas e desenvolvidas nesse ecossistema com o objetivo de responder às mais variadas necessidades dos atores sociais do território, buscando, fundamentalmente, qualificar a gestão pública, produzir conhecimento e novas tecnologias e gerar novos negócios, emprego e renda.

Essa inovação da iPES foi particularmente útil no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Nordeste, quando o Consórcio Nordeste demandou a oferta de soluções de TIC que pudessem contribuir com o enfrentamento da mais grave crise sanitária do século. Por meio da iPES, foi construída uma estratégia que combinava diversas soluções de TIC para realizar o atendimento e acompanhamento clínico de pessoas com suspeita de Covid-19, por meio do aplicativo “Monitora Covid19”; georreferenciar os casos sintomáticos, apoiando a identificação da trajetória da contaminação, em um contexto com déficit de testes; e integrar esses dados em painéis analíticos utilizados para que membros do Comitê Científico do Consórcio Nordeste e dirigentes dos estados do Nordeste pudessem tomar as decisões de enfrentamento da pandemia. Assim, foi criada a Sala de Situação e Controle do Consórcio Nordeste (PINTO et al, 2020b; FERNANDEZ; PINTO, 2020).

Portanto, se a primeira inovação foi testada e demonstrada em testes de conceito controlados, a segunda foi experimentada em ato, no contexto pandêmico, concreto e dramático. Neste período, a iPES possibilitou a construção de estratégias e a articulação de soluções que se tornaram algumas das principais intervenções

propostas aos estados pelo Consórcio Nordeste. Articulado à iPES, o “Monitora Covid-19 (aplicação de identificação e geomonitoramento de sintomáticos e de telessaúde) foi utilizado em cinco estados (Bahia, Maranhão, Paraíba, Piauí e Sergipe) e o relatório analítico da “Sala de Situação e Controle” foi utilizado pelos nove estados da região. Além disso, houve envolvimento de universidades e secretarias de saúde no desenvolvimento das ações de educação em saúde e monitoramento do cuidado utilizando estas soluções e informações (PINTO et al, 2020b; FERNANDEZ; PINTO, 2020; PINTO et al, no prelo).

3.4. O arranjo institucional público-privado e seu papel nas políticas públicas desenvolvidas

A terceira inovação é o arranjo público-privado criado pela FESF-SUS e pelos parceiros tecnológicos da ET (empresas privadas fundadas por pesquisadores) junto aos entes públicos participantes do projeto, especialmente o Consórcio Nordeste. Antes, é necessário compreender porque a trajetória levou a um arranjo público-privado. Pinto e colaboradores (no prelo) analisam e apresentam as razões do formato jurídico institucional adotado pela iPES, considerando legados históricos, ideais, inspirações, objetivos, cursos de ação e circunstâncias colocados no contexto concreto. Dentre as razões apontadas pelos autores, interessa-nos, neste capítulo, três delas: 1- o uso de uma ET para desenvolver a iPES; 2- a decisão de que a iPES teria que ser autossustentável, com capacidade de desenvolver, gerir e explorar mercadologicamente a plataforma e, ao mesmo tempo, estar sob uma governança pública; e 3- o marco institucional relativo à área de CT&I e à atuação de organizações públicas e privadas no mercado.

Por ter sido fruto de uma ET – um processo no qual o setor público aponta um desafio, coloca recursos e, também, mobiliza para a execução do projeto conhecimento, tecnologia e recursos diversos, incluindo investimentos econômicos, dos parceiros privados que se dispõem e são selecionados para participar – o ativo de inovação gerado, a plataforma eletrônica, deveria necessariamente assumir algum modelo público-privado. A forma que tem predominado no Brasil é a de copropriedade do ativo (parte da organização estatal que fez a ET e parte das empresas que a desenvolveram). Nesse caso, são definidos direitos de uso, por parte da organização estatal, e direitos de exploração comercial, nos quais as empresas privadas colocam o

produto em outros mercados e a organização pública recebe *royalties* da exploração do ativo de inovação gerado (REDE INOVA, 2018).

No caso do processo em análise, havia algo mais. A ET foi construída buscando dar consequência à decisão de que, uma vez gerado, o ativo de inovação deveria contar com uma organização autossustentável, com capacidade de desenvolver, gerir e explorar mercadologicamente a plataforma e, ao mesmo tempo, estar sob uma governança que permitisse a participação de diversos atores do ecossistema e que preservasse o interesse público das decisões. Assim, não bastaria celebrar um Contrato de Exploração, conforme o novo marco de inovação, com as empresas geradoras do ativo de inovação.

Dentre as modalidades dessa relação público-privada permitidas pela legislação e estudadas pela FESF-SUS para o caso em análise destacam-se três. A primeira seria a exploração do ativo de inovação ser de responsabilidade das empresas parceiras tecnológicas e a FESF-SUS apenas uma usuária perpétua e gratuita da tecnologia. Essa modalidade não interessou à FESF-SUS porque, além do maior interesse não ser o uso próprio da tecnologia, ela queria ter uma participação econômica na exploração do ativo para criar uma nova fonte de receita para si e para a área de CT&I.

A segunda possibilidade seria a criação de uma empresa de participação estatal minoritária para a exploração do ativo, composta pela FESF-SUS e pelos parceiros tecnológicos. Se seguisse os mesmos percentuais previstos no Contrato de Encomenda, a participação estatal seria de 40% e a das empresas de 60%. Porém, os estudos jurídicos desenvolvidos durante a ET reforçaram a posição avessa à assumpção de riscos por parte das instituições públicas, tradição da legislação brasileira. Assim, o modelo identificado nestas análises como o de maior risco para a FESF-SUS foi aquele no qual a mesma seria sócia da empresa responsável pelo ativo de inovação e, consequentemente, teria responsabilidades similares às de qualquer outro sócio: participar da gestão cotidiana, tomar decisões de gastos, investir e assumir prejuízos e poder ser questionada e responder legalmente no caso de perdas de erário público.

A terceira possibilidade foi a preferida, a criação de uma nova empresa, composta pelos parceiros tecnológicos, e a celebração de um contrato de exploração com essa nova empresa, que prevê direitos econômicos para a FESF-SUS, disciplina a relação da Fundação com a empresa e sua participação na governança.

No fim de 2020, foi, então, criada uma nova empresa, a iPES, homônima da plataforma e em formato de “*startup enxuta*” (RIES, 2012), com todas as empresas parceiras tecnológicas, incluindo os pesquisadores que fizeram parte da ET. Assim como previsto no Contrato de Encomenda Tecnológica, a empresa iPES passou a deter 60% da propriedade do ativo de inovação e a FESF-SUS os outros 40% da propriedade, embora a estimativa de recursos financeiros aportados pela FESF-SUS seja de, aproximadamente, 20% do total. Como a iPES é uma empresa composta por outras empresas, a organização que detém a maior fatia da propriedade do ativo de inovação é a FESF-SUS. Como citado anteriormente, a relação entre a Fundação e a iPES passou a ser disciplinada por um Contrato de Exploração do Ativo de Inovação gerado na ET.

Considerando as opções apontadas e analisadas, as decisões tomadas e a trajetória seguida, fica evidente o papel nesse processo da terceira razão apontada pelos autores (PINTO et al, no prelo) como determinante para a iPES ter o desenho público-privado que tem: o marco institucional relativo à área de CT&I e as regras de atuação das organizações públicas e privadas no mercado. Reforçando o que foi mencionado acima, vale observar que o marco institucional brasileiro limita as possibilidades das organizações estatais competirem no mercado, exceção feita somente às empresas estatais, e restringe as possibilidades de organizações estatais assumirem riscos em parcerias público-privadas (SALGADO, 2012). Assim, no processo de construção do arranjo institucional público-privado em estudo, dentre as possibilidades e alternativas limitadas, escolheu-se aquela com maior participação possível do ente estatal, a FESF-SUS, mas com a segurança jurídica e a mitigação de riscos que deixaram confortáveis seus dirigentes e conselheiros (PINTO et al, no prelo).

Este modelo, colocado à prova na pandemia, mostrou-se muito versátil para subsidiar e participar de diversas políticas públicas. A governança e o interesse público fizeram com que os preços praticados pela iPES ficassem muito abaixo do mercado. O arranjo institucional construído promove, também, ações de desenvolvimento institucional a governos municipais e estaduais, prevendo diferentes tipos de fomento e transferência de tecnologias. Além disso, as três dimensões da iPES - plataforma tecnológica de interoperabilidade, plataforma de soluções e interações com o ecossistema, bem como a organização e arranjo institucional público-privado -, foram moldadas

para fomentar um ecossistema de inovação que permite gerar novas ações, produtos e serviços importantes para a execução de políticas públicas de modo ágil, eficiente e eficaz.

Das muitas participações da iPES em políticas públicas, destacaremos três formatos. O primeiro foi o papel assumido junto ao Consórcio Nordeste no enfrentamento da pandemia já estudado em outros trabalhos. O esforço neste caso foi articular diferentes capacidades, serviços e soluções na Plataforma iPES para que o Consórcio Nordeste pudesse oferecer, sem custo aos estados membros, uma cesta de soluções que compunham um programa de intervenção e enfrentamento da pandemia. Foi produzido um arranjo institucional, por meio de termos de cooperação celebrados com o Consórcio Nordeste e cada um dos nove estados, que possibilitou à FESF-SUS e à iPES cooperarem com os estados, planejarem o desenvolvimento de estratégias, ofertarem soluções e serviços, desenvolvidos pela iPES ou que ela prospectou e conseguiu incluir, sem custos, no ecossistema associado à plataforma (FERNANDEZ; PINTO, 2020; PINTO et al, 2020b).

O modo de implementar as soluções e as consequentes inovações no processo de trabalho foi construído com a participação de membros do Comitê Científico do Consórcio Nordeste e coordenadores de diferentes áreas das Secretarias de Estado da Saúde e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) dos estados do Nordeste. A iPES, por exemplo, passou a interoperar sistemas de informação dos estados e municípios e a oferecer, às equipes de vigilância e de atenção primária, informações sobre os casos suspeitos em sua área adscrita. Pessoas identificadas pelos prontuários, pelos aplicativos, como Monitora Covid-19, e até mesmo por “call center”, como o Tele Coronavírus, possibilitaram o monitoramento de pessoas com Covid19 para evitar agravamento e a promoção de ações de proteção de pessoas com risco elevado de forma grave de Covid19, além de ações de educação em saúde e de redução da contaminação no território (FERNANDEZ; PINTO, 2020; PINTO et al, 2020b).

O segundo formato foi construído em dois projetos similares, um junto a doze municípios nos estados de Goiás, Para, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina e São Paulo, com participação e recursos do Instituto Votorantim, e outro, com seis municípios no estado da Bahia, com participação da Secretaria de Estado da Saúde e recursos de emenda parlamentar. Em ambos os projetos a estratégia

desenhada exige uma interoperabilidade que consiga ser viabilizada com o uso da iPES, mas para além disso, prevêem a implementação de inovações no processo de trabalho de equipes de gestão e de cuidado voltados ao uso inteligente da informação, para desenhar e gerir linhas de cuidado das pessoas com doenças crônicas e risco cardiovascular, e também a capacitação e apoio institucional a essas equipes para que possam atuar na ampliação da resolubilidade da atenção primária, na qualificação da regulação assistencial, na transição do cuidado da atenção especializada à atenção primária e, finalmente, no aumento de primeiras consultas na atenção especializada e redução das filas de espera.

Por fim, o formato da experiência construída em Recife, noticiada pela mídia no dia 12 de junho de 2023 (LEITE, 2023) e que envolve a participação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), reúne a maioria dos elementos presentes nas duas experiências anteriores e ainda outros bem inovadores. Em primeiro lugar, porque se tratou de um marco na questão da troca de dados entre entes públicos. A EBSERH, estatal vinculada ao MEC que gere 41 hospitais universitários federais, há dois anos detém uma tecnologia que pode ser vista como uma instalação “*on premise*” da iPES, com direitos de propriedade específicos. Os hospitais universitários da Rede EBSERH que interoperam, compondo, também, um RES, passaram a interoperar com Recife, trocando dados, por meio da iPES. É um marco porque, em termos de troca de dados, as relações federativas na saúde no Brasil têm se caracterizado por uma centralização, na qual os municípios enviam dados aos estados e Ministério da Saúde e estes não são “devolvidos”, a não ser por meio de informações em aplicações que não permitem o acesso real a esses dados. Diferente disso, o Acordo de Cooperação celebrado entre a Prefeitura de Recife e a EBSERH permitiu uma troca horizontal de dados, automática e em função da demanda de uso primário dos mesmos (a atenção à saúde dos moradores de Recife, cuidados pelos serviços municipais e da EBSERH), com grande potencial de impacto na melhoria da qualidade da atenção e aumento da efetividade e eficiência dos serviços. É o primeiro caso no Brasil de interoperabilidade e conexão do que poderíamos chamar de “redes federadas”, combinando o conceito de TIC com o uso da expressão cara aos estudos sobre federalismo na saúde coletiva e na ciência política.

Além disso, dado o forte Porto Digital de Recife e o fato do município também ter feito, recentemente, uma ET na área de saúde digital, em Recife a participação da iPES envolve adicionalmente a construção e viabilização de um modelo de governança pública de dados, conforme defendido por Pinto, Santana e Chioro (2022). Assim, neste município está sendo enfrentado, ainda, o desafio de governar os dados, de modo que eles tenham impactos positivos nas políticas públicas, fomenta pesquisas e gerem novas tecnologias e serviços, além de emprego, renda e novos atores na economia de Recife; e fazer isso conciliando interesses públicos e privados, gestão de dados abertos e proteção de dados sensíveis, gestão estatal e livre iniciativa, interesses e compromissos de desenvolvedores de tecnologia e usuários, bem como retornos financeiros sobre investimentos que propiciem novos ciclos de investimento e inovação. Uma experiência riquíssima que está sendo estudado a fundo pelos autores responsáveis por este capítulo junto a diversos outros pesquisadores.

4. CONCLUSÃO

O Brasil é um país extremamente desigual, cuja população depende ainda mais da intervenção do Estado para prover as condições que lhe permita o usufruto dos direitos consagrados na Constituição. É este o contexto de criação e desenvolvimento do SUS, que, por sua importância, tamanho e desenho interfederado, é uma das principais políticas públicas a tensionar as estruturas de Estado para a sua implementação. Desta maneira, torna-se evidente a necessidade de uma reforma que permita ao Estado atender com mais eficiência e em tempo oportuno às necessidades sociais. E este é o contexto do surgimento das FE e, por consequência, da ANFES.

A experiência aqui relatada demonstra como o modelo de FE tem o potencial de contribuir para repensar a atuação pública onde a administração direta não alcança, ou o faz de forma parcial ou subótima. Contribuem para isso a necessidade de se manter economicamente e se afirmar enquanto modelo viável de gestão, já que não é orçamentada; os mecanismos de governança, que compelem a instituição a manter o foco em sua função social; e o seu reforçado caráter técnico-político, pois a necessidade de entregar é indutora da manutenção de um corpo técnico competente.

Neste contexto é que a prospecção de novas soluções, a qualificação como ICT, a realização da ET, o desenvolvimento da inovação, a realização das parcerias e a implantação da nova tecnologia nos estados e municípios são realizados, com sucesso e em um tempo relativamente curto, quando se considera o ciclo da política pública e a complexidade do objeto almejado.

É importante ressaltar que, além dos efeitos e benefícios produzidos pela própria inovação, todo este movimento dota o Estado de maior capacidade técnica para relacionar-se com um mercado cuja especificidade e vanguarda do objeto, tecnologias da informação e comunicação, produzem uma enorme assimetria de informação.

Como, por hora, não há viabilidade na gestão pública sem a utilização dos recursos de TIC, esta assimetria, na maioria das vezes, coloca o gestor público na situação de tomar decisões com enormes lacunas de conhecimento técnico, no contexto de um mercado dominado pelo interesse econômico de poderosas empresas, que têm capacidade de influenciar os agentes técnica, política e economicamente, nem sempre de forma republicana.

Para o gestor público, portanto, relacionar-se com uma instituição pública, que possui interesses convergentes, para a contratação, implantação e desenvolvimento conjunto de soluções de TIC e do ecossistema de inovação, ou mesmo apoiar na análise de outras soluções pretendidas, é um ganho para o Estado que tem que ser contabilizado.

REFERÊNCIAS

BELL, D.; Strauss, S.; WU, S.; Chen, A.; KUSHEL, A. Use of an electronic referral system to improve the outpatient primary care-specialty care interface. Agency for Healthcare Research and Quality (prepared by RAND Corporation), 2012.

BENNETT, A. CHECKEL, JT. (Eds.). Process Tracing: From Metaphor to Analytic Tool. Cambridge: Cambridge University Press 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos /

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão – Brasília : MP, 2007. 48 p.: il.color

BRASIL. Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016. Dispõe sobre estímulos ao desenvolvimento científico, à pesquisa, à capacitação científica e tecnológica e à inovação e altera a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, a Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e a Lei nº 12.772, de 28 de dezembro de 2012, nos termos da Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Decreto nº 9.283 de 5 de abril de 2018. Regulamenta a Lei de Inovação para estabelecer medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, com vistas à capacitação tecnológica, ao alcance da autonomia tecnológica e ao desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional.

CARAYANNIS, Elias G.; CAMPBELL, David FJ. 'Mode 3'and'Quadruple Helix': toward a 21st century fractal innovation ecosystem. *International journal of technology management*, v. 46, n. 3-4, p. 201- 234, 2009.

CELES, Rafaela Santana et al. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. e84, 2018.

ESPANHA, Rita; FONSECA, Rui. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Tecnologias de informação e comunicação. ISLA Lisboa, CIES-ISCTE/IULJ, p. 3, 2010.

FERNANDEZ, Michelle; PINTO, Hêider. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste no enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2 Suplem, 2020.

GAWER, Annabelle; CUSUMANO, Michael A. Industry platforms and ecosystem innovation. *Journal of Product Innovation Management*, v. 31, n. 3, p. 417-433, 2014.

GONÇALVES, João Paulo Pereira et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

IPEA. Encomendas tecnológicas no Brasil: guia geral de boas práticas / André Tortato Rauen, Caio Márcio Melo Barbosa. Brasília: Ipea, 2019.

JACKSON, D. J. What is an Innovation Ecosystem? Arlington, VA: National Science Foundation, 2011.

LEITE, Cinthia. Minha saúde conectada: Recife lança plataforma que reúne histórico de atendimentos dos pacientes no SUS. *Jornal do Comércio*, Recife, 12 de junho de 2023. Disponível em <<https://jc.ne10.uol.com.br/colunas/saude-e-bem-estar/2023/06/15485256-minha-saude-conectada-recife-lanca-plataforma-que-reune-historico-de-atendimentos-dos-pacientes-no-sus.html>> aceso em 25/06/2023.

MAHONEY, J; THELEN, K. A theory of gradual institutional change. Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power, v. 1, p. 1-37, 2010.

MAKARI, Martin A.; DANIEL, Michael. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*, v. 353, p. i2139, 2016.

MARCOLINO; M. S., MAIA; J. X., ALKMIM; M. B. M.; BOERSMA, E.; RIBEIRO, A. L. Telemedicine application in the care of diabetes patients: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 2013, 8(11), e79246.

MAYEAMA, Marcos Aurélio; CALVO, Maria Cristina Marino. A integração do telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 2, p. 63-72, 2018.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista; PINTO, Hêider Aurélio. Fundação estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado. 2012 [Internet].

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político—o caso da política de saúde. *Locus: revista de história*, v. 15, n. 2, 2009.

OH, Deog-Seong et al. Innovation ecosystems: A critical examination. *Technovation*, 2016.

PARKER, Geoffrey G.; VAN ALSTYNE, Marshall W.; CHOUDARY, Sangeet Paul. Plataforma: A Revolução da estratégia. Alta Books, 2019.

PATRÍCIO, C. M.; MAILA, M. M.; MACHIAVELLI, J. L.; NAVAES, M. D. A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?. *Scientia Medica*, 2011, 21(3).

PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.

PINTO, Hêider Aurélio; SANTANA, José S.S; SILVA JUNIOR, Ailton Cardozo da; CHIORO, Arthur; MASSUDA, Adriano Massuda. Uso da Lei de Inovação para qualificar a ação interfederativa em prol da saúde. *Revista de Administração Municipal - IBAM*, Rio de Janeiro, 301, 2020a: 11-19.

PINTO, Hêider Aurélio; MASSUDA, Adriano; SANTANA, José; SILVA JÚNIOR, Ailton Cardozo; COUTINHO, Leila Fraga; CHIORO, Arthur. Inovações de uma encomenda tecnológica contribuindo com novos modos de enfrentar a pandemia do Coronavírus – o caso da Plataforma Eletrônica da Saúde e do Consórcio Nordeste. *Revista de Administração Municipal – IBAM*, Rio de Janeiro, 304, 1, 25-36, 2020b.

PINTO, Hêider Aurélio; SANTANA, José Santos Souza; CHIORO, Arthur. Por uma transformação digital que assegure o direito à saúde e à proteção de dados pessoais. *Saúde em Redes*, v. 8, n. 2, p. 361-371, 2022.

PINTO, Hêider Aurélio; CÔRTEZ, Soraya Vargas. Um modelo teórico-metodológico para análises de políticas com longas trajetórias e ação de atores em prol da mudança e da estabilidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, 2022.

PINTO, Hêider Aurélio; SANTANA, José Santos Souza; CHIORO, Arthur. Por uma transformação digital que assegure o direito à saúde e à proteção de dados pessoais. *Saúde em Redes*, v. 8, n. 2, p. 361-371, 2022.

PINTO, Hêider Aurélio; SANTANA, José Santos Souza; FERNANDEZ, Michelle; TOFANI, Luís Fernando Nogueira; LIMA, Ana Maria Freire Souza; BEZERRA, Patrícia Araújo; GAETE, Rodrigo André Cuevas; FERNANDES, Luísa da Matta Machado; CHIORO, Arthur. A formulação de uma plataforma eletrônica para a saúde: inovação a partir de uma encomenda tecnológica. No Prelo, 2023.

RAUEN, André Tortato. "Encomendas tecnológicas nos Estados Unidos: possibilidades do regulamento federal de aquisições." (2014).

REDE INOVA - Guia de boas práticas jurídicas da Rede Inova São Paulo: Experiência e Reflexões dos NITs do Estado nas Relações ICT-Empresa. 2018.

RIES, Eric. A startup enxuta. Leya, 2012.

SANTOS, Lenir; PINTO, Hêider Aurélio Pinto. A saúde da família de cara nova. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de et al. *Fundações estatais: estudos e parecer*. Campinas, Editora Saberes, 2009.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização. Campinas: Saberes Editora, 2012

**USO DE FERRAMENTAS DE
QUALIDADE, MONITORAMENTO E CAPACITAÇÃO
COMO ESTRATÉGIAS PARA A ABSORÇÃO E
GERENCIAMENTO DE NOVAS UNIDADES FRENTE A
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES SOB GESTÃO
DA FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**USE OF QUALITY, MONITORING, AND TRAINING TOOLS
AS STRATEGIES FOR THE INTEGRATION AND
MANAGEMENT OF NEW HEALTHCARE UNITS IN
RESPONSE TO THE EXPANSION OF THE NUMBER OF
UNITS MANAGED BY THE RIO DE JANEIRO STATE
HEALTH FOUNDATION**

Anna Carolina Nitzsche Teixeira Fernandes Corrêa

Bióloga, mestre em Ciência de Alimentos pela UFRJ, com experiência em pesquisa, desenvolvimento e inovação. Atua nas áreas de gestão da inovação, desenvolvimento de novos negócios e pesquisa aplicada em biotecnologia e saúde.

André Lima Germano

Administrador, mestre em Administração e especialista em gestão, com experiência em inovação, planejamento estratégico e gestão pública. Atua no desenvolvimento de projetos voltados à inovação e ao fortalecimento da gestão em saúde.

Michelle Henrique Araujo

Fisioterapeuta, especialista em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde e Auditoria em Sistemas de Saúde. Atua na Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), com experiência em gestão de projetos e processos, padronização, melhoria contínua e desenvolvimento de instrumentos de gestão da qualidade, contribuindo para o fortalecimento da governança e da excelência dos serviços de saúde.

Simone Raimondi de Souza

Médica, mestre em Ciências com concentração em Cardiologia pela UFRJ, com experiência em assistência, ensino, pesquisa e gestão em saúde. Atua na Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) e é membro titular do Conselho Fiscal da ANFES.

Camila Cardoso

Administradora, mestre em saúde coletiva. Com experiência em análise de desempenho de indicadores hospitalares. Atua na Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) como Gerente de Informações Estratégicas.

João Henrique Marques da Silva

Matemático e Engenheiro de Produção, especialista em TI e Gestão de Projetos e Negócios, Mestrando em Saúde Coletiva e com experiência em gestão de saúde pública, instrumentos de planejamento público, gestão estratégica, sistemas de gestão de custos e indicadores de desempenho. Atua na Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) como Coordenador de Processos e é Presidente da Associação Nacional de Fundações Estaduais de Saúde (ANFES).

Débora Lúcia Teixeira Medina

Cirurgiã-dentista, doutora em Odontopediatria pela UERJ, com experiência em ensino, pesquisa e gestão em saúde. Atua na Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), na área de planejamento, ensino e pesquisa.

Resumo

Em meio a pandemia de COVID-19, houve uma expansão de 318% no número de unidades de saúde sob gestão da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) em relação a 2020. Frente às novas demandas de absorção de unidades, a Diretoria de Planejamento e Gestão elaborou um Plano de Absorção que otimizou e permitiu o planejamento das atividades para o acolhimento e rápida adaptação das novas unidades ao modelo de gestão FSERJ. A ferramenta de qualidade 5W2H gerou planos de ação que foram determinantes no desenho de um fluxograma do processo de absorção envolvendo todas as diretorias da FSERJ. As Cartilhas dos Novos Gestores garantiram o acesso de forma facilitada e organizada de conteúdos referentes à atuação dos cargos da direção das unidades, com possibilidade de consulta sempre que necessário. Além disso, o acompanhamento dos indicadores e a capacitação das equipes assistenciais e administrativas foi facilitado pelo lançamento do informe DIRPG e das plataformas de capacitação online no YouTube e Moodle. Embora as ferramentas utilizadas, não sejam necessariamente novas, quando em uso conjunto, lógico e analítico, permitiram o desenvolvimento organizacional da FSERJ, assim como das unidades, e propiciaram melhores práticas de governança, gestão do conhecimento, e excelência nos serviços oferecidos à população.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Gestão da Qualidade, Desenvolvimento Organizacional.

Abstract

During the COVID-19 pandemic, the number of healthcare units managed by the Rio de Janeiro State Health Foundation (FSERJ) increased by 318% compared to 2020. To address the challenges associated with integrating these new units, the Directorate of Planning and Management developed an Absorption Plan that streamlined and optimized the planning of activities required for their integration and rapid adaptation to the FSERJ management model. The 5W2H quality management tool was used to develop action plans that guided the design of a standardized absorption process involving all FSERJ directorates. The New Managers' Handbooks provided organized and accessible guidance on the responsibilities of unit leadership positions, serving as a practical reference whenever needed. In addition, the monitoring of performance indicators and the training of clinical and administrative teams were enhanced through the launch of the **DIRPG** Bulletin and online training platforms hosted on YouTube and Moodle. Although these tools are not new individually, their integrated, systematic, and analytical application promoted organizational development within FSERJ and its healthcare units, strengthening governance, knowledge management, and the quality of services provided to the population. **Keywords:** Health Management, Quality Management, Organizational Development.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Sobre a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro

A Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ), criada a partir da fusão de três fundações estaduais no ano de 2012, é uma Fundação Pública de direito privado que já nasceu com foco voltado para a administração de unidades de saúde no Estado do Rio de Janeiro, pautada na definição de descentralização das atividades não exclusivas do Estado (BRESSER, 2011), incluindo nesse caso a Saúde.

Com o objetivo de cumprir a missão para a qual foi idealizada, é necessário posicionar a Fundação dentro do modelo de saúde vigente no Brasil desde a promulgação da Constituição de 1988. Neste, cada um dos entes federativos (Governo Federal, Governos Estaduais, Governos Municipais e Governo do Distrito Federal) tem suas atribuições estabelecidas, estando as atribuições federais mais

focadas no financiamento do sistema e na criação de políticas de saúde e programas de interesse nacional, enquanto as responsabilidades dos Estados, Municípios e Distrito Federal convergem para a assistência direta aos usuários. Os municípios são os responsáveis pelo território, inicialmente priorizando a Atenção Básica e os atendimentos nas Unidades de Emergência, ao passo que os Governos Estaduais englobam com maior prioridade os serviços especializados e a regulação do sistema.

O papel de gestor do Sistema Estadual de Saúde, desta forma, depende da pactuação de três entes federativos cabendo aos prestadores e gerenciadores das unidades de saúde como a FSERJ direcionar o foco para a execução das políticas de saúde definidas. Para isto, a FSERJ mantém um Contrato de Gestão com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) onde a contratante define as políticas públicas e a contratada elabora um planejamento para administrar as unidades de saúde inseridas no contrato de gestão.

No cenário atual da prestação de serviços pela SES-RJ, existem três modelos de administração: a Direta, exercida pela própria secretaria, que mantém as unidades administradas diretamente por ela, e outros dois modelos; a Administração Privada, executada pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou por Gestão Compartilhada, através de um contrato de prestação de serviço, e a da Administração Indireta, capitaneada pela FSERJ por meio de um contrato de gestão, respeitando todos os ditames da Lei 8.666/1993 (BRASIL, 1993) e, mais recentemente a Lei 14.133/2021 (BRASIL, 2021), que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, estando sob supervisão de todos os órgãos de controle do setor público. Cabe ressaltar que a FSERJ foi criada com este objetivo, através da Lei 6.304/2012 (RIO DE JANEIRO, 2012) a partir da incorporação de outras duas Fundações criadas em 2007. Conforme inteligência do art. 1º da referida lei, as Fundações Estatais dos Institutos de Saúde e dos Hospitais Gerais, criadas pela Lei Estadual nº 5.164/2007 (RIO DE JANEIRO, 2007a) foram incorporadas à Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência cuja denominação foi alterada, em 2012, para Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Atualmente, a Fundação Saúde detém a autonomia de gestão sobre as unidades de saúde constantes no Contrato de Gestão firmado com a SES-RJ e baseia seu planejamento anual nas políticas

públicas de saúde determinadas pela SES-RJ. Possui gestão administrativa integral sobre as 46 (quarenta e seis) unidades delegadas pela SES-RJ no contrato atual, sendo responsável pela aquisição de medicamentos, materiais, contratação de serviços, educação permanente e disponibilizando profissionais de saúde, além de outras atribuições (FSERJ, 2023).

Entretanto, é importante destacar que a FSERJ, a despeito do que configura no art. 1º, parágrafo 2º da Lei nº 5.164/2007 (RIO DE JANEIRO, 2007a), não se encontra sob autonomia orçamentária, estando vinculada diretamente ao Orçamento Público do Estado (LOA), por meio da transferência intraorçamentária da SES, o que em tese fere o princípio de Fundação não dependente, quando, na verdade o que se esperava era que fosse garantido no orçamento fiscal e de seguridade social do Estado recursos para contraprestação dos serviços realizados pela Fundação através de Contratos de Gestão, conforme prevê o artigo 35 da mesma Lei (RIO DE JANEIRO, 2007a).

1.2. Estrutura da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro

A FSERJ possui uma estrutura organizacional verticalizada, sendo constituída por dois conselhos (Curador e Fiscal), uma Diretoria Executiva e quatro diretorias de apoio. Cada uma das diretorias possui um papel crucial na administração das atividades executadas pelas unidades de saúde que estão sob a gestão da FSERJ, e seguem descritas no parágrafo a seguir.

A Diretoria Executiva (DIREX) é responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da Fundação Saúde. Entre as competências estabelecidas, está a de coordenar, supervisionar e controlar as unidades administrativas e de saúde que integram sua estrutura. A Diretoria Administrativa e Financeira (DIRAF) é responsável pela coordenação, execução e controle das atividades relacionadas a materiais, patrimônio, assim como a administração financeira, orçamentária e contábil da Fundação Saúde e das unidades de saúde. A Diretoria de Recursos Humanos (DIRRH) é responsável pela coordenação, execução e controle das atividades relativas à administração e desenvolvimento de gestão de pessoas da Fundação Saúde e das unidades prestadoras de serviços. A Diretoria Técnico - Assistencial (DIRTA) é responsável pela coordenação, supervisão e avaliação das ações e atividades

assistenciais de saúde implementadas pelas unidades de saúde que integram a estrutura da Fundação Saúde. A Diretoria Jurídica (DIRJUR) é responsável pela consultoria aos órgãos da Fundação Saúde e representante da entidade em juízo ou em fora dele, uma vez que é da sua competência a manifestação em assuntos que envolvam questões jurídicas, tais como celebração de contratos, convênios e termos de cooperação.

Por fim, a Diretoria de Planejamento e Gestão (DIRPG) é responsável pela propositura de programas relativos à área de qualidade, governança, planejamento e gestão do contrato de metas, estabelecendo diretrizes técnicas para a execução das atividades da FSERJ. Neste trabalho daremos destaque às atividades desenvolvidas pela DIRPG, que junto a suas gerências trabalhou as oportunidades de melhorias que serão apresentadas neste trabalho.

A GERPO - Gerência de Planejamento Orçamentário é responsável por elaborar e acompanhar o planejamento orçamentário anual, elaborar e acompanhar o planejamento anual, elaborar e consolidar o planejamento financeiro mensal, estruturar as atividades de custos por unidade conforme diretrizes do Ministério da Saúde e elaborar e acompanhar o Plano Plurianual (PPA) e a Lei Orçamentária (LOA);

A GERPE - Gerência de Informações Estratégicas, por sua vez, acompanha os resultados do Contrato de Gestão, bem como a auxilia a SES na elaboração dos termos de referência das unidades sob gestão avançada, realiza gestão dos indicadores com suas respectivas metas e, por fim, auxilia as diversas diretorias da FSERJ com informações estratégicas que auxiliem nas tomadas de decisão;

A GERIP - Gerência de Escritório de Processos e Projetos tem como atribuições propor, adequar e implantar metodologias e ferramentas de gerenciamento de processos e projetos, elaborar fluxos de processos, com sua descrição e identificação, fomentar e estabelecer meios de implementação de ações para alinhar ao modelo de Qualidade adotados pela FSERJ, elaborar e coordenar programas da Qualidade FSERJ em parceria com o setor de qualidade SES-RJ.

O trabalho conjunto das gerências da DIRPG permite uma visão e acompanhamento panorâmico das unidades FSERJ, facilitando e viabilizando o planejamento dos processos de rotina das unidades e a qualidade no serviço prestado à população. Estas gerências, de forma ágil, desenvolveram ferramentas de apoio

ao acolhimento e acompanhamento das novas unidades que passariam a gestão da FSERJ, determinadas pelo governo do estado, conforme nos conta o tópico histórico.

1.3. Histórico, Pandemia COVID-19

Para definir melhor o momento atual é necessário revisitar o histórico desta Fundação, perpassando inclusive a recente crise pandêmica relacionada a COVID-19 que iniciou um processo contínuo de substituição do modelo de gestão na saúde promovido pelo Governo do Estado.

Conforme descrito por Bresser-Pereira (2011), a reforma gerencial do Estado de 1995, fez distinção entre as atividades exclusivas do Estado, as sociais e as científicas, as quais definiam o Estado como executor formal das primeiras, e financiador das seguintes, que deveriam ser executadas por organizações públicas não-estatais. Posteriormente, adveio a proposta de redução do peso administrativo de um Estado executor, para um Estado controlador e regulador das suas políticas que visava dar mais celeridade aos processos administrativos. Além disso, tornou-se necessária a redução da pressão no regime previdenciário, no que compete a execução de atividades sociais e científicas, realizando-as por meio de prestadores de serviços ao Estado, no âmbito da Saúde, educação, dentre outros. Atrelado a esses fatores, está a justificativa do surgimento da Lei 5.164/2007 (RIO DE JANEIRO, 2007) de criação da Fundação Saúde e a Lei 6.043/2011 (RIO DE JANEIRO, 2011) de criação das OSS.

Em 2007, a Lei Estadual nº 5.164/2007(RIO DE JANEIRO, 2007a) e a Lei complementar nº 118/2007 (RIO DE JANEIRO, 2007b), autorizaram a criação de 3 (três) fundações públicas, para atuarem na Saúde, todas fundações públicas, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos. Após vários debates, foram criadas as seguintes fundações: Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, a Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e a Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplantes.

Com o intuito de tornar mais eficiente a aplicação dos recursos públicos, a Lei Estadual nº 6304/2012 (RIO DE JANEIRO, 2012) promoveu a unificação das três Fundações e alterou a denominação da Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência para a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro – FSERJ. A FSERJ

nasceu com a missão de gerenciar unidades públicas de saúde e apoiar a execução das políticas de saúde promovidas pela Secretaria de Estado de Saúde, resultando em melhorias dos serviços de assistência à população do estado do Rio de Janeiro. Neste contexto de busca pela eficiência, a FSERJ almeja ser o melhor modelo de gestão de unidades públicas de saúde.

O ano de 2020 se mostrou extremamente desafiador para o Estado do Rio de Janeiro devido aos impactos provocados pela Pandemia de COVID-19, no qual os serviços de saúde tanto público, quanto privados foram muito exigidos no atendimento intensivo e semi-intensivo de pacientes com complicações advindas da doença, e consequentemente agravando ainda mais o cenário de déficit de Recursos Humanos.

Neste cenário, a SES-RJ buscou alternativas para suprir o aumento da demanda por leitos no SUS, principalmente os de tratamento intensivo. A alta demanda provocada pelo aumento de casos de COVID-19 promoveu um grande movimento para construção de Hospitais de Campanha e criação de leitos para atender a população. Neste sentido houve também a necessidade de ampliar a capacidade de atendimento por profissionais assistenciais especializados no tratamento intensivo. A solução imediata foi a contratualização de Organizações Sociais para gerenciar essas unidades e promover a implementação dos leitos necessários, bem como a contratação dos recursos humanos.

Entretanto, o trágico cenário agravado pelos efeitos da pandemia gerou insatisfação da população e questionamentos acerca do modelo de gestão de saúde. O que se viu foi um dos momentos mais difíceis do Estado, com o surgimento de várias denúncias de desvios e irregularidades, principalmente no processo de gerenciamento dos recursos para implementação dos Hospitais de Campanha. Convertendo em números, a Controladoria Geral do Estado, levantou e divulgou através da Nota nº 20200053, em 19 de junho de 2020, 8 tipos de risco de mau uso do dinheiro público e suspeitas de irregularidade em 99,47% dos contratos e aditivos feitos pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro durante o combate à COVID-19 (Maurity, 2021).

Desta forma, diante das alternativas a este modelo, coube ao Governador do Estado tomar a decisão publicada no DOERJ nº 47.103/2020 do dia 08 de setembro de 2020 para que a partir de 04 de

setembro de 2020 e em prazo de 28 (vinte e oito) meses a FSERJ passasse a gerir as unidades que à época encontravam-se contratualizadas com as OSS, a fim de garantir que a execução do serviço à população fosse prestada de forma adequada. Sendo assim, revogou-se a Lei das Organizações Sociais de Saúde pela promulgação da Lei Estadual nº 8.986, de 25 de agosto de 2020 (RIO DE JANEIRO, 2020) que promoveu mudanças no conteúdo de diversos dispositivos contidos na Lei nº 6.043, de 19 de setembro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011). Tal modificação, menciona a revogação do dispositivo, que hoje permite ao Estado a contratualização das OSS para operacionalizar a gestão de unidades de saúde, a tratar, a partir da data de 31 de julho de 2024, a impossibilidade de descentralizar os serviços de saúde por este tipo de modelo de gestão.

Diante deste cenário, em meio a uma pandemia, e com a expansão iminente do número de unidades de saúde sob gestão da FSERJ, somados ao pouco tempo de preparação para a absorção das novas unidades e uma realidade de atendimento cuja a FSERJ não estava inserida, surge um novo desafio para a equipe DIRPG: a estruturação de um plano para absorção de 35 unidades no período de 2021 a 2023, cuja metodologia desenvolvida por esta diretoria da FSERJ, será elucidada na seção a seguir.

2. METODOLOGIA

2.1. Levantamento de Dados das Unidades Absorvidas pela FSERJ

Foram levantados dados de absorção de unidades que passaram para gestão da Fundação Saúde no período de 2012 a 2023, obtidos a partir da leitura da Lei 5.164/2007 (RIO DE JANEIRO, 2007), decretos de incorporação e contratos de gestão entre FSERJ e SES, disponíveis de forma pública no site da FSERJ (FSERJ,2023).

2.2. Construção do Plano de Absorção

A DIRPG elaborou um Plano de Absorção com o intuito de minimizar as dificuldades encontradas no acolhimento das novas unidades e prevendo a vinda de outras. Inicialmente foram elencadas as atividades comuns ao processo de acolhimento de unidades de saúde que, passariam a gestão da FSERJ sob determinação do governo

do estado, citando as diretorias responsáveis por cada uma delas. Em seguida, definiu-se um plano de ação para execução destas atividades. Uma das tarefas atribuídas a DIRPG foi a elaboração de um checklist a ser utilizado na primeira visita às unidades.

As atividades listadas eram de cunho multissetorial, sendo assim, optou-se pela criação de um fluxograma com auxílio da ferramenta BIZAGI Modeler, que é um software de modelagem de processos disponível para download gratuito. Vale ressaltar que estes processos foram validados por todas as diretorias envolvidas e publicadas no SIFS (Sistema de Informações Fundação Saúde) para os colaboradores da instituição. Uma segunda metodologia foi adotada para detalhar as atividades que estão resumidamente descritas no fluxograma, conhecida como 5W2H, um recurso da área de qualidade que identifica demandas, convertendo-as em ações práticas. O 5W2H indica as atividades, prazos, desdobramentos e responsabilidades de todos os envolvidos, visando atender seu principal propósito de definição de tarefas eficazes e seu acompanhamento, de maneira visual, ágil e simples (SEBRAE, 2022).

A figura 1 demonstra a aplicação dessa ferramenta de qualidade para elencar as atividades que compõem o processo de absorção, assim como seus respectivos responsáveis. Esse detalhamento foi fundamental na construção do mapa que, com as atividades já listadas, direcionou-as às diretorias da FSERJ para dar prosseguimento ao acolhimento da unidade. A combinação do Bizagi com 5W2H na criação do Mapa de Absorção, permitiu identificar de forma clara, não apenas as tarefas a serem executadas, mas como, quando e quem deveria realizá-las.

SAÚDE	MAPEAMENTO DE PROCESSOS FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	PÁGINA 37
CÓDIGO: DPG.GE.P&C.A3.0	ELABORAÇÃO INICIAL: 02/05/2022	
TÍTULO: Atividades pré-absorção de novas unidades hospitalares	VIGÊNCIA: 19/06/2023 – 19/06/2025 - VERSÃO 01	

3. DETALHAMENTO DOS PROCESSOS

Item	O que será feito?	Por quem será feito?	Por quem será feito?	Onde será feito?	Quando será feito?	Como será feito?	Duração?
1	Sugerir transferência da unidade	Atender ato do Governador que visa transferir gradualmente a gestão das unidades hospitalares das OSS para a FSERJ	SUBAS/SES	SES	Próximo a data de finalização do contrato entre a OSS e a SES; Quando a SES compreender que a gestão poderá ser executada pela FSERJ	Enviando ao Secretário de Saúde, via SEI, sugestão para a transferência da unidade para a FSERJ	-
2	Autorizar a transferência da gestão da unidade	Atender ato do Governador que visa transferir gradualmente a gestão das unidades hospitalares das OSS para a FSERJ	SECRETARIO ESTADUAL DE SAUDE	SES	Após receber sugestão de transferência e avaliar como pertinente a sugestão	Autorizando via SEI a confecção da Resolução	-
3	Incluir na planilha de Controle Absorção de Novas Unidades	Iniciar o processo de controle das informações sobre a unidade	DIRPG	DIRPG	Assim que sair a Resolução que trata da absorção da nova unidade	Preenchendo a planilha Controle de Absorção de Novas Unidades, salva em: F:\Plano de Ação e Metas/Contratos/Entrada de Unidades por tipo de gestão.xlsx	1 d
4	Solicitar a FSERJ membros para a comissão de transição	Montar a comissão de transição	SUPPH/SES	SES	Após a publicação da Resolução autorizando a transferência	Enviando a FSERJ via SEI a solicitação para o fornecimento de nomes para compor a comissão de transição	-
5	Solicitar a SES os documentos de transição da unidade	Compartilhar as informações a respeito das condições da unidade	DIRPG	DIRPG	Pelo menos 45 dias antes da data de absorção	Enviando e-mail para a Secretária de Saúde solicitando os documentos de transição	1 d

Figura 1 - Detalhamento de processos utilizando ferramenta 5W2H para a construção do mapa de absorção de novas unidades.

2.3. Elaboração e Divulgação de Cartilhas para Novos Gestores

As cartilhas para novos gestores de unidades recém absorvidas pela FSERJ foram elaboradas individualmente para os quatro cargos previstos na Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007 (RIO DE JANEIRO, 2007) - Diretor Geral (DG), Diretor Administrativo e de Recursos Humanos (DARH), Diretor Assistencial (DA) e Assessor de Planejamento (ASSPLAN).

As cartilhas foram desenvolvidas com auxílio da plataforma online Canva e elaboradas para serem consultadas de modo intuitivo, contendo links para websites e download de documentos institucionais. O conteúdo comum a todas as cartilhas é:

- Breve introdução acerca da Fundação Saúde;
- Lista de atribuições do cargo referente a cartilha;
- Documentos padronizados de rotinas com variações de acordo com o cargo referente a cartilha (Norma zero; Modelo de POP; Planilha de Controle de Documentos Normativos; Formulário para controle de recebimento e devolução de documentos; Orientações Gerais para Pasta Setorial do POP; Lista de Presença para Capacitações;

Modelo de Ata de Reunião; Modelo de Apresentação da FSERJ);

- d) Planilha de comunicação da Unidade com a FSERJ contendo o nome e contato dos responsáveis por determinadas áreas, que estará sob constante atualização;
- e) Fluxo de recebimento e resposta a uma manifestação da ouvidoria.

As cartilhas são disponibilizadas para os novos gestores por e-mail no momento do acolhimento deste profissional, através do Sistema Eletrônico de Informação (SEI) e no site da FSERJ.

2.4. Desenvolvimento de Ferramenta para análise de Indicadores - Informe DIRPG

O monitoramento de indicadores de produção e qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde da FSERJ ganhou reforço com a criação do Informe DIRPG, elaborado pela equipe da Gerência de Informações Estratégicas da DIRPG com apoio da ferramenta online e gratuita - Looker Studio. O Informe DIRPG foi desenvolvido de modo a importar os dados das diversas planilhas de indicadores alimentados por todas as unidades da FSERJ e projetado para apresentar aqueles indicadores (resultados, percentuais de alcance de metas e outras informações críticas) referentes ao conjunto e a cada subconjunto de unidades (UPAs, Serviços e Unidades Especializadas, além das Unidades Apoiadas, que hoje somam 16 às 43 unidades sob gestão plena) de forma organizada por áreas/temáticas distintas (e.g., indicadores do Contrato de Gestão, indicadores de segurança do paciente, indicadores de produção, indicadores de controle de infecção, indicadores de tempo de atendimento, etc.).

2.5. Ampliação dos Canais de Capacitação voltados a Educação a Distância (EAD)

Por meio da Portaria FS Nº 911, de 30 de setembro de 2021 foi criado o Núcleo de Educação Permanente, Ensino e Pesquisa (NCEPEP), composto por membros de diferentes diretorias da FSERJ, a fim de planejar de forma estruturada a melhoria dos serviços prestados à população, por meio de diversas ferramentas de Educação em Saúde.

O canal do YouTube foi criado pelo NCEPEP em dezembro de 2021. Os vídeos divulgados no canal são gravados com apoio da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), estabelecido através do Termo de Cooperação. Os temas das capacitações surgem de acordo com as demandas das unidades. Alguns temas já trabalhados foram: aleitamento materno, tuberculose, protocolo de infarto agudo do miocárdio, privacidade de dados na área de saúde, relacionamento interpessoal, modelo de gestão FSERJ, entre outros.

A UERJ disponibiliza o local, equipamento para gravação e o profissional de edição. São carregados no canal em média 6 vídeos por mês, gravados de acordo com os palestrantes especialistas selecionados e convidados pelo NCEPEP para falar sobre o tema escolhido. Os palestrantes preparam uma apresentação de slides para expor seu conteúdo no tempo entre 15 a 20 minutos. O vídeo é editado por um profissional da universidade, quando pronto retorna ao NCEPEP para análise e, caso aprovado, é disponibilizado pelo Núcleo através do canal do YouTube, permitindo amplo acesso. Este trabalho levantou dados de inscrição no canal e visualização do YouTube através das estatísticas geradas pela própria plataforma.

A plataforma moodle, por sua vez, consiste em um sistema de gerenciamento de aprendizado personalizável. A fim de otimizar o controle do acesso aos cursos, a plataforma permite avaliar o conteúdo adquirido pelos inscritos e gerar um certificado de capacitação. As capacitações são lançadas na plataforma dividida em aulas, que são intercaladas por perguntas que avaliam o conteúdo. Além disso, existe uma avaliação final que garante ao inscrito um certificado caso alcance pelo menos 70% de acerto. Os vídeos da plataforma moodle são também compartilhados no canal do YouTube para ampla divulgação.

3. RESULTADOS

3.1. Evolução do número de unidades sob gestão da FSERJ

Em setembro de 2020, com o término do contrato com a OSS que administrava o SAMU da Capital, a FSERJ assumiu a gestão do serviço, passando a ter a necessidade de inclusão em seu quadro novas categorias de profissionais assistenciais que nunca foram previstos no seu Plano de Empregos Cargos e Salários, tendo, nesse

caso, que agir para não causar prejuízos à população com a paralisação do serviço com a saída da OSS.

Durante o ano de 2021, a SES passa a promover a política de mudança do modelo de gestão apresentou as justificativas e propostas para descentralizar a operação das unidades na medida que os contratos com a OSS fossem sendo encerrados, seja para gestão municipal, uma nova concessão à OSS ou mesmo transferência à FSERJ. Para as unidades que passaram a gestão FSERJ, a Secretaria tomou medidas de rompimento unilateral do contrato e substituição imediata pela FSERJ, restando a esta última pouco espaço de tempo para um planejamento gradual de substituição.

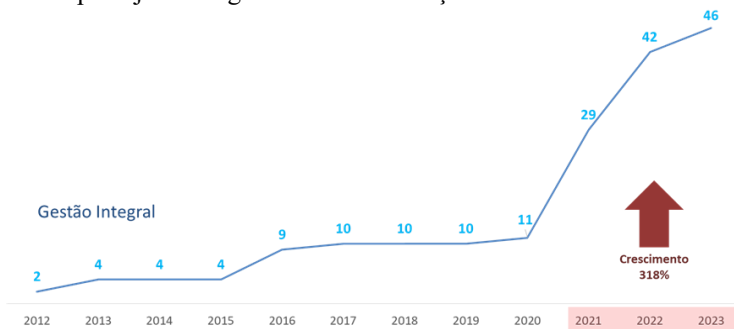


Figura 2 - Evolução do número de unidades sob gestão da FSERJ no período de 2012 a 2023.

O processo de substituição das OSS pela FSERJ permanece até o prazo estabelecido e nesse sentido a FSERJ passou a gerenciar de forma integral 21 unidades Hospitalares e demais Serviços e 25 Unidades de Pronto Atendimento 24H (UPA 24H), o que equivale a um acréscimo de aproximadamente 318% em relação a 2020 (Gráfico 1). Sendo assim, e em decorrência do crescimento exponencial de unidades sob gestão integral FSERJ, a equipe DIRPG, como Diretoria de Planejamento e Gestão desenvolveu um plano visando otimizar os processos de absorção para um melhor acolhimento e gerenciamento das novas unidades.

3.2. Mapa para absorção de novas unidades

A modelagem de processos é descrita por Santos (2020), como uma técnica de representação gráfica que utiliza símbolos para detalhar etapas de trabalho envolvendo diferentes setores. Já de acordo com o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE (2017), a ferramenta 5W2H é uma metodologia baseada em perguntas e respostas que estipula passos sequenciais e auxilia na construção de um mapa de atividades. Para Meira (2003), esta ferramenta da qualidade, destaca-se pela simplicidade e praticidade, a aplicação do 5W2H, segundo a autora, garante que informações básicas relevantes estejam ordenadas de maneira clara e objetiva.

As melhorias no processo de absorção de unidades constatadas na FSERJ após a utilização da combinação do Bizagi com o 5W2H, vão ao encontro do que foi relatado por Santos *et al.* (2015). Para este autor, a utilização das ferramentas, potencializa a comunicação entre as diversas áreas de negócios das organizações, promovendo eficácia e eficiência aos processos. Além disso, o mapeamento das atividades garante a repetibilidade, eliminando possíveis variações.

A implantação do mapa de absorção permitiu visualizar como as atividades de acolhimento de novas unidades são desenvolvidas pelas cinco diretorias da FSERJ, eliminando tarefas redundantes e dobradas, e reduzindo o tempo de realização das mesmas. Ademais, o mapeamento de processos aumentou a transparência interna, contribuindo para a melhoria da governança da FSERJ. Para Nascimento *et al.* (2011) a definição de parâmetros e especificações aumenta a segurança e qualidade na execução de cada etapa, proporcionando robustez e segurança aos processos.

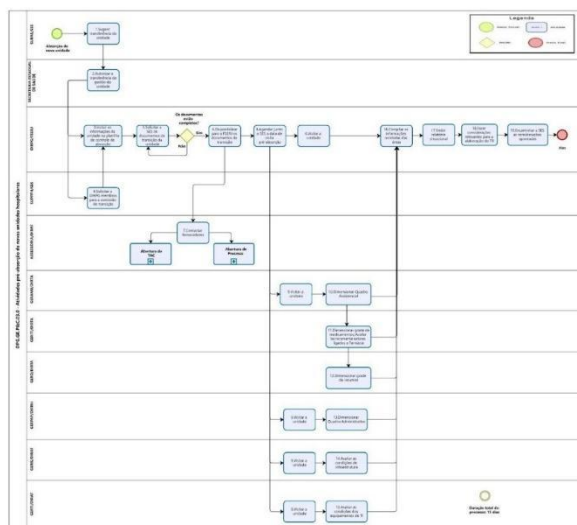


Figura 3 - Mapa de absorção de novas unidades envolvendo atividades de todas as diretorias FSERJ.

Após o desenvolvimento do Mapa de Absorção de Novas Unidades o processo se estabeleceu como descrito a seguir: assim que a Resolução de transição é assinada pelo Secretário de Saúde e publicada em DOERJ, a GERIP inicia o processo de levantamento de informações necessárias para compor o checklist de visita; os dados descritos neste checklist são provenientes do termo de referência vigente entre a gestora atual e a SES com informações no que tange perfil da unidade, estrutura física, serviços ofertados, comissões hospitalares obrigatórias conforme resoluções do Ministério da Saúde, dimensionamento de recursos humanos, indicadores de produtividade e demais informações levantadas durante visita presencial; após realizada a compilação das informações; conforme descrito no mapeamento as demais diretorias realizam novas visitas para iniciarem o processo de contratação de RH, adequação de grade de medicamentos e insumos, aquisição de mobiliários, necessidades de reformas dentre outras atividades. A DIRPG participa de reuniões com a SES para colaborar com a construção do Termo de Referência (TR),

que dispõe de todas as informações obtidas na primeira visita e permite a elaboração do Contrato de Gestão e início das atividades.

3.3. Acolhimento dos Novos Gestores

Segundo Deltas 2017, a exposição dos aspectos culturais da empresa ao novo colaborador mostra-se fundamental em sua adaptação. Um colaborador inteirado da cultura e organização de sua empresa, com conhecimento dos documentos, formulários e modelos adotados, sabe a quem recorrer em determinadas situações, não desperdiça tempo e é capaz de passar informações com maior clareza. O colaborador acolhido sente-se parte da organização e cria afinidade com a equipe.

As cartilhas (Figura 4) surgiram da observação de encontros presenciais na sede da FSERJ para o acolhimento de Assessores de Planejamento das unidades recém absorvidas. Esse procedimento era realizado comumente pela DIRPG, como forma de apresentação das atribuições ao cargo e introdução a forma de gestão FSERJ. O tempo limitado de acolhimento despertou na Gerência de Escritório de Processos e Projetos (GERIP) a necessidade de criação de uma nova forma de comunicação. A cartilha foi criada para ser um recurso altamente visual, com linguagem simples e de fácil compreensão, que foi expandida para além dos assessores, incluindo os outros cargos da direção (Wilkinson et al. 2007; Enkin et al., 2005).

O preparo e entrega de um material durante o acolhimento garantiu o acesso de forma facilitada e organizada de conteúdos referentes à atuação dos cargos dos gestores nomeados pela Diretoria Executiva da FSERJ, com possibilidade de consulta sempre que necessário. Além disso, respalda a organização quanto a desresponsabilização pelo colaborador com a prerrogativa de desconhecimento de informações cruciais (Deltas, 2017).



Figura 4 - Capa e conteúdos presentes nas cartilhas elaboradas para os gestores FSE RJ.

3.4. Acompanhamento de Indicadores das Novas Unidades FSE RJ através do Informe DIRPG

A incorporação de novas unidades levou a FSE RJ a expandir o número de unidades sob sua gestão plena no curto período de 18 meses. Naturalmente, a capacidade de coordenar a produção e o monitoramento de indicadores assistenciais de um conjunto de unidades tão drástica e subitamente ampliado foi posta à prova na equipe responsável por essas funções na instituição.

Após a criação do Informe DIRPG tornou-se possível visualizar indicadores agrupados por área (temática) de interesse comum, de diferentes unidades, em uma única tela, de forma automática. Tal ferramenta, destaca os resultados positivos daqueles situados em níveis de atenção ou alerta, com vantagem imediata para

o oportuno enfrentamento de situações não esperadas. Entre os recursos nativos da ferramenta, há também filtros variados à disposição do usuário, que os utiliza livremente para a segmentação de dados, os quais são importados em tempo real – incorporando-se ao Informe_DIRPG, de imediato, cada novo dado inserido pelas unidades de saúde nas planilhas de acompanhamento de seus indicadores. O alcance geral e específico de quase mil metas de todas as unidades é calculado pela ferramenta e apresentado, em tabelas e gráficos comparativos e condicionalmente matizados, a fim de aprimorar o foco da DIRPG em situações de risco para o cumprimento de objetivos contratuais e da segurança do paciente. A resposta eficiente aos indicadores divergentes das metas é alavancada, ainda, pela capacidade da ferramenta de operar igualmente em computadores e dispositivos móveis, levando-se os resultados assistenciais das unidades da FSERJ para onde estiverem os gestores da DIRPG e de sua equipe de informações estratégicas.

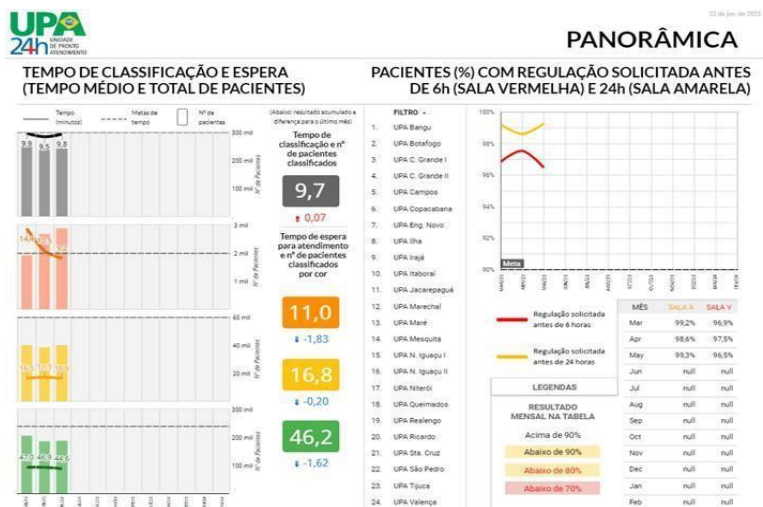


Figura 5 - Captura de tela de um dos painéis gerados através do Informe_DIRPG dando um panorama de todas as unidades sob gestão FSERJ.

3.5. Canal do Youtube e Plataforma Moodle do NCEPEP

Embora o apoio às atividades de Educação Permanente, Ensino e Pesquisa tenha sempre ocorrido, de forma transversal ao

apoio às atividades assistenciais, ao longo dos anos sentiu-se a necessidade de maior estruturação desses pilares. As capacitações a distância ganharam força com a pandemia devido a necessidade de isolamento e, desde então, tem sido muito útil para a Educação Permanente em Saúde. A oferta de cursos no formato EAD proporciona ao aluno a realização do curso conforme sua disponibilidade de hora e local para estudos (SILVA et al., 2015).

O canal do YouTube teve seu primeiro vídeo lançado no final de 2021, enxergando a demanda que se criou com a rápida expansão do número de unidades no ano que passou e já planejando a absorção de outras em 2022. Os vídeos de capacitação abrangem áreas variadas e abordam temas importantes para os múltiplos setores assistenciais, equipe de gestão e administrativos. Até o presente momento o canal do NCEPEP no YouTube obteve a marca de 7037 visualizações e 1472 inscritos.



Figura 6 - Gráfico extraído do canal do NCEPEP no YouTube mostrando o total de visualizações do canal desde sua criação.

Através do gráfico é possível observar além do crescimento no número de visualizações, um aumento na constância desse padrão, o que indica que o canal do NCEPEP no YouTube vem ganhando notoriedade desde sua criação. Ainda assim, o número de visualizações e inscritos não condiz com o total de colaboradores de todas as unidades sob gestão FSERJ, destacando como oportunidade de melhoria o incentivo à divulgação dos vídeos e do canal. Alguns vídeos do canal do youtube são selecionados para serem disponibilizados pela plataforma Moodle, uma vez que, esta, permite o acompanhamento contínuo pelo NCEPEP, da participação e

conclusão do treinamento por parte dos colaboradores de cada unidade. Os temas selecionados para o Moodle são elencados com base em planilhas de acompanhamento das unidades preenchidas de acordo com o Plano de Educação Permanente em Saúde, que segue as diretrizes estabelecidas pela SES-RJ.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ferramentas desenvolvidas pela DIRPG em conjunto otimizaram o processo de absorção e permitiram o planejamento das atividades para o acolhimento e rápida adaptação das novas unidades ao modelo de gestão FSERJ. A cartilha dos gestores assegurou a execução das atribuições referentes a cada cargo, despertando atitudes resolutivas por parte da gestão das unidades e um sentimento maior de pertencimento e parceria com a organização gestora, FSERJ. Além disso, o acompanhamento dos indicadores e a capacitação das equipes assistenciais e administrativas foi facilitado pelo lançamento do informe DIRPG e das plataformas de capacitação online no YouTube e Moodle. Importante destacar que as ferramentas utilizadas, embora não sejam necessariamente novas, quando em uso conjunto, lógico e analítico, permitiram o desenvolvimento organizacional da FSERJ, assim como das unidades, e propiciaram melhores práticas de governança, gestão do conhecimento, e excelência nos serviços oferecidos à população.

Entende-se, por fim, que este trabalho é contínuo e relevante à medida que elenca oportunidades de melhoria nos diversos processos institucionais com foco nas diretrizes do planejamento estratégico da FSERJ, o qual está em consonância com os instrumentos de planejamento do SUS.

REFERÊNCIAS

BRESSER-PEREIRA, L. C. - Reforma gerencial do Estado, teoria política e ensino da administração pública, 2011. REVISTA GESTÃO & POLÍTICAS PÚBLICAS – RGPP, Nº 2, 2º Semestre de 2011.

SEBRAE. 5W2H: o que é, para que serve e por que usar na sua empresa – 2022. Disponível em: <<https://www.sebrae-sc.com.br/blog/5w2h-o-que-e-para-que-serve-e-por-que-usar-na-sua>

empresa#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20a%20ferramenta,os%20envolvidos%20em%20um%20projeto> Acesso em: 28 de jun. de 2023.

RIO DE JANEIRO, Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007. Autoriza o Poder Executivo a instituir a “Fundação Estatal dos Hospitais Gerais”, a “Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência” e a “Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante”, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2013/11/Lei_Estadual_n5164_2007.pdf> Acesso em: 29 de jun. 2023.

DELVAS, Rodrigo Leandro. A importância do acolhimento e da integração na cultura organizacional: o manual de acolhimento como instrumento de socialização de novos servidores do Instituto Federal do Triângulo Mineiro-uma proposta. 2017. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico do Porto (Portugal).

WILKINSON A. S., MILLER Y. D. Improving health behaviors during pregnancy: A new direction for the pregnancy handheald record. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47:464-7.

ENKIN, M. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVA, Adriane das Neves et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1099-1107, 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Comissões Obrigatórias – 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/governanca/superintendencia/nucleo-de-comissoes-hospitalares-1/nucleo-de-comissoes-hospitalares>> Acesso em: 29 de jun. de 2023.

MAURITY, Soraya. O fim das organizações sociais na gestão de saúde do Estado do Rio de Janeiro e agora?. Revista Eletrônica da PGE-RJ, v. 4, n. 1, 2021.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1993-06-21:8666>. Acesso em: 5 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14133&ano=2021&ato=8d4MTTE5UMZpWTf64>. Acesso em: 5 jul. 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 6304, de 28 de agosto de 2012. Dispõe sobre a incorporação da Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais pela Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência, e altera a denominação da Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência para Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-6304-2012-rio-de-janeiro-dispoe-sobre-a-incorporacao-da-fundacao-estatal-dos-institutos-de-saude-e-da-fundacao-estatal-dos-hospitais-gerais-pela-fundacao-estatal-dos-hospitais-de-urgencia-e-altera-a-denominacao-da-fundacao-estatal-dos-hospitais-de-urgencia-para-fundacao-saude-do-estado-do-rio-de-janeiro?r=p>. Acesso em: 5 jul. 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 5164, de 17 de dezembro de 2007. Autoriza o poder executivo a instituir a “Fundação Estatal dos Hospitais Gerais”, a “Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência” e a “Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante”, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/87814/lei-5164-07>. Acesso em: 5 jul. 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011. Dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de

gestão, e dá outras providências. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/b24a2da5a077847c032564f4005d4bf2/c8d2df9a2566fd0e83257911005f4c7a?OpenDocument>. Acesso em: 5 jul. 2023.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 8986, de 25 de agosto de 2020. Acrescenta o parágrafo único ao art. 41 da lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências e fica a lei nº 6043, de 19 de julho de 2011, revogada a partir de 31 de julho de 2024. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/918719409/lei-8986-20-rio-de-janeiro-rj>. Acesso em: 5 jul. 2023.

FSERJ. Contrato de Gestão – 2023. Disponível em: <http://www.fs.rj.gov.br/institucional/contrato-de-gestao/> Acesso em: 5 jul. 2023.

SEBRAE. 5W2H: tire suas dúvidas e coloque produtividade no seu dia a dia. 2017 – Disponível em: <https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/5w2h-tire-suas-duvidas-e-coloque-productividade-no-seu-dia-a-dia,06731951b837f510VgnVCM1000004c00210aRCRD> Acesso em: 15 de jun. de 2023.

SANTOS, E. T. Mapeamento de processos: ferramenta de apoio a administração âmbito aviação do Exército. 2020. Disponível em: https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/8395/1/artigo%20final_ERICK.pdf. Acesso em: 14 de abril de 2023.

MEIRA, R. C. As ferramentas para a melhoria da qualidade. Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

RIO DE JANEIRO. Portaria FS Nº 911, de 30 de setembro de 2021. Dispõe sobre os procedimentos relativos à criação, sem aumento de despesas, do núcleo central de educação permanente, ensino e pesquisa da Fundação Saúde (NCEPEP), e dá outras providências. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-fs-no-911/>. Acesso em: 5 jul. 2023.

FUNDAÇÕES PÚBLICAS DE DIREITO PRIVADO: O EQUILÍBRIO ENTRE CONTROLE PÚBLICO E A EFICIÊNCIA GERENCIAL

PUBLIC FOUNDATIONS GOVERNED BY PRIVATE LAW: BALANCING PUBLIC ACCOUNTABILITY AND MANAGERIAL EFFICIENCY

Edson Claudio Pistori

Advogado sanitarista e geógrafo, doutor e mestre em Geografia pela UFU, com experiência em gestão pública, inovação e desenvolvimento organizacional. Atuou em instituições como AgSUS, CONASS e Fiotec, com foco na gestão em saúde.

Resumo

O presente artigo analisa o modelo das fundações públicas de direito privado como alternativa institucional para a gestão de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da experiência de três entidades criadas na última década: a Fundação Saúde do Município de Uberlândia (FUNDASUS), a Fundação Estadual de Inovação em Saúde (iNOVA Capixaba) e a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS). Examinam-se os contextos político-administrativos que ensejaram a criação de cada fundação, os desafios jurídicos, gerenciais e políticos enfrentados em sua implantação e os resultados alcançados. A análise comparativa revela trajetórias distintas: a extinção da FUNDASUS, decorrente de transição abrupta de gestão, resistências político-judiciais e ausência de sustentação institucional; a implantação parcial da iNOVA Capixaba, marcada por impasses administrativos e pelos efeitos da pandemia, porém com continuidade operacional; e a adaptação da FESF-SUS, que ampliou seu escopo de atuação e se reconfigurou como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT). Conclui-se que a sustentabilidade do modelo fundacional depende de planejamento cuidadoso das transições de gestão, construção de consenso político, flexibilidade adaptativa e incorporação de inovações, evidenciando que o equilíbrio entre controle público e eficiência gerencial constitui processo contínuo de ajuste às realidades locais, e não um ponto de chegada.

Palavras-chave: Fundações Públicas de Direito Privado, Gestão da Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Reforma Administrativa, Eficiência Gerencial.

Abstract

This article analyzes the model of public foundations governed by private law as an institutional alternative for managing healthcare services within Brazil's Unified Health System (SUS), based on the experiences of three entities established over the last decade: the Uberlândia Municipal Health Foundation (FUNDASUS), the Espírito Santo State Foundation for Health Innovation (iNOVA Capixaba), and the State Family Health Foundation (FESF-SUS). It examines the political and administrative contexts that led to the creation of each foundation, the legal, managerial, and political challenges faced during their implementation, and the outcomes achieved. The comparative analysis reveals distinct trajectories: the dissolution of FUNDASUS due to an abrupt change in government, political and judicial resistance, and a lack of institutional support; the partial implementation of iNOVA Capixaba, marked by administrative challenges and the impacts of the COVID 9 pandemic, while maintaining operational continuity; and the adaptation of FESF-SUS, which expanded its scope of activities and was restructured as a Scientific, Technological and Innovation Institution (STII). The study concludes that the sustainability of the foundation model depends on careful planning of management transitions, the construction of political consensus, adaptive flexibility, and the incorporation of innovation. It also demonstrates that balancing public accountability with managerial efficiency is a continuous process of adaptation to local realities rather than a fixed endpoint.

Keywords: Public Foundations Governed by Private Law, Public Health Management, Unified Health System, Administrative Reform. Managerial Efficiency.

1. INTRODUÇÃO

A provisão de serviços sociais pelo Estado para assegurar direitos constitucionais tem sido motivo de extensa discussão no campo do Direito Administrativo, especialmente no tocante ao

formato jurídico institucional dos agentes responsáveis pela entrega de uma prestação material diretamente ao cidadão.

Nesse debate, o que se enfatiza é a complexidade da gestão dos serviços sociais e a necessidade de inovação e flexibilidade nos modelos institucionais para enfrentar os desafios contemporâneos na prestação desses serviços essenciais ao cidadão.

Para fins argumentativos, o presente artigo terá por base as experiências de instituição de três fundações públicas de direito privado, a saber: a Fundação Saúde do Município de Uberlândia – a FUNDASUS, a Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA Capixaba e a Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS.

Essas três fundações foram criadas na última década para atuação na saúde pública, sendo apontadas como alternativas de gerências para o SUS.

Importante ressaltar, que a par do crivo estritamente jurídico, as propostas de criação das três fundações mencionadas, assim como de outras existentes no país, foram amplamente submetidas ao escrutínio político administrativo de diferentes áreas do corpo técnico do Estado, ensejando diversos debates.

Essas discussões versaram sobre os limites, os riscos e a aplicação do modelo das fundações públicas de direito privado na prestação de serviços públicos. Nessa seara, pode-se dizer que a diferença de visões nesse contexto é algo natural e até desejável uma vez que se trata da formulação de uma política pública.

No caso da FUNDASUS, o contexto que engendrou a criação dessa fundação foi a troca de comando no governo nas eleições de 2012, levando a uma mudança importante no comando da Prefeitura Municipal.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, o município de Uberlândia adotou um modelo de terceirização de serviços por meio de entidades privadas. A prestadora de maior destaque foi a Fundação Manoel dos Santos, vinculada à maçonaria.

Ao longo de quase duas décadas, essa fundação privada foi o braço operacional das Autoridades Municipais de Saúde em Uberlândia, sendo a responsável pela contratação de pessoal, gerenciamento de unidades e manutenção da assistência.

Depois de um longo embate judicial durante as duas gestões do Governo Municipal de Uberlândia (2005 a 2012), a Justiça anulou

o contrato entre o Município e a Fundação Maçonica, visto que era ilegal.

O legado dessa relação foi uma baixa governabilidade do gestor municipal sobre o sistema e um milionário passivo trabalhista, que recaiu sob os cofres públicos.

Foi nesse contexto, em 2013, que o município entendeu por bem criar uma prestadora pública de serviços de saúde, a FUNDASUS, para gerenciar o SUS em Uberlândia.

Situação similar levou a criação da Fundação iNOVA Capixaba, em 2019, pelo Governo do Estado do Espírito Santo. A conjuntura envolvia também a troca de governo e a necessidade de se enfrentar um passivo judicial numa ação promovida pelo Ministério Público, a qual condenou o Estado a substituir a força de trabalho temporária na saúde por servidores concursados, em cotejo com os limites legais do Governo do Espírito Santo, que se encontrava restrito na capacidade de contratar pessoal para a Administração Direta em razão da adesão ao regime de recuperação fiscal instituído pelo Governo Temer para contenção dos gastos sociais.

A instituição da FESFSUS, em 2009, teve um contexto distinto dessas duas fundações mencionadas. A FESFSUS nasceu de um diagnóstico originado no âmbito do Governo do Estado da Bahia, no entanto a sua constituição envolveu a mobilização de municípios baianos, que se associaram para instituir conjuntamente um ente interfederativo, integrante da estrutura da administração indireta de cada um deles, porém com personalidade jurídica própria e autônoma.

O principal propósito da FESFSUS era proporcionar a constituição de uma carreira intermunicipal para profissionais da Atenção Primária à Saúde, visando a despreciação do trabalho, a redução da concorrência entre municípios, que inflacionou o mercado de trabalho médico, assim como possibilitar a contratação de pessoal pelos municípios superando os limites impostos pelos tetos definidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

2. A FUNDASUS

Dessas três fundações, uma delas, a FUNDASUS, não resistiu às dificuldades de instituição do modelo, sendo extinta três

anos e meio após a sua criação, com a mudança de governo municipal.

Vale destacar que os problemas na assistência à saúde antes da criação da FUNDASUS eram similares aos do tempo da sua extinção. Em 2012, Uberlândia figurava na avaliação do Ministério da Saúde na 7ª pior posição num grupo de 29 cidades equivalentes, segundo o Índice de Desempenho do SUS – IDSUS.

Ocorreu que a extinção da FUNDASUS foi defendida pelo novo governo, que sucedeu à gestão que criou a fundação, como uma vantagem, quando na prática tratou-se de um mero retorno ao modelo de terceirização privada que vigorou por 20 anos no município de Uberlândia, que originou os problemas na gestão da saúde, os quais a FUNDASUS não teve o tempo suficiente ou capacidade para debelar.

É bem verdade, que desde a sua criação, a FUNDASUS foi alvo de um combate implacável do Ministério Público e da oposição. Os Promotores de Justiça utilizaram os meios judiciais para obstruir o Poder Executivo Municipal na implantação da Fundação Estatal, questionando uma suposta ilegalidade do modelo jurídico das fundações estatais de direito privado.

Por outro lado, as decisões do Executivo sobre como implementar a FUNDASUS também a enfraqueceram sobremaneira.

A falta de convicção quanto à pertinência do formato institucional das Fundações Estatais de Direito Privado limitou a defesa do modelo, visto que não havia uma reflexão consolidada sobre a proposta de reforma institucional da máquina pública e, em decorrência disso, houve uma baixa capacidade de enfrentamento dos questionamentos judiciais.

Outro ponto fraco, talvez o maior, foi a transição abrupta da gestão dos serviços de saúde. A FUNDASUS, recém-criada, não tinha experiência e inteligência acumulada para administrar um enorme sistema de saúde. Por isso, com a mudança da gestão privada para pública, todos os problemas que a assistência à saúde tinha com a Fundação Maçônica passaram do dia para a noite para a FUNDASUS, sem que a sua nova equipe estivesse preparada para resolvê-los.

O correto seria montar um plano de migração paulatina dos serviços com horizonte de 4 a 6 anos, de modo que a FUNDASUS fosse assumindo a gestão das unidades de saúde, uma a uma, e as transformando numa referência de excelência nos serviços. Se a

“desterceirização” do sistema fosse realizado dessa forma, a FUNDASUS poderia ter sido a imagem da melhoria da qualidade e um contraponto claro e inequívoco da situação anterior.

No entanto, o resultado foi que em menos de 4 anos a FUNDASUS passou a ser para a população a imagem dos problemas na saúde, quando na realidade ela era tão somente a herdeira dos problemas criados pela fundação privada que a antecedeu.

Todavia, o equívoco crucial, que levou a extinção da FUNDASUS, foi a falta de fôlego administrativo para mudar o modelo assistencial e reorganizar o sistema de saúde do Município. Os embates dentro do próprio governo inviabilizaram as tentativas de reestruturar a assistência centradas no atendimento de urgência.

A FUNDASUS era uma excelente proposta que, infelizmente, não conseguiu se efetivar no tempo possível. Ao não superar os problemas que ensejaram a sua criação, acabou se tornando parte desses problemas, vulnerabilizando a sua legitimidade pública, sendo fatal para sua existência.

3. A iNOVA CAPIXABA

A Fundação iNOVA Capixaba surgiu como uma alternativa de gerência dos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. As reflexões no âmbito do Governo do Estado envolviam um conjunto de críticas à transferência de hospitais próprios para o gerenciamento por Organizações Sociais.

Ao longo das duas últimas décadas, inúmeras soluções foram sendo desenvolvidas para destravar a ação estatal nesse campo, uma que se destaca é a terceirização de serviços públicos por meio de parcerias com entidades privadas.

Nessa discussão, os defensores do modelo de terceirizações alegam que as entidades privadas (Organizações Sociais) são mais ágeis que o Estado nos processos internos e, por isso, seriam mais eficientes e capazes para oferecer melhores serviços.

Entretanto, quando o modelo de terceirizações é levado ao seu máximo, como foi o caso da saúde pública nos estados de São Paulo e Goiás, os custos aumentam e a qualidade cai.

Nestes casos, isso acontece porque o gestor público acaba ficando dependente dos prestadores privados, reduzindo a sua capacidade de impor um padrão de qualidade ao tempo que também

se perde parte do poder de barganha na negociação dos preços praticados.

No caso do Espírito Santo, dos 17 hospitais próprios, três deles já eram gerenciados por Organizações Sociais, e estavam em curso processos seletivos para transferir outros 10 para as OS, quando então ocorreu a troca de gestão no governo estadual.

A nova gestão estadual vislumbrou a adoção do modelo fundacional para gerir os hospitais estaduais. A defesa do modelo pautava centralmente na adoção do regime de emprego público celetista, considerando as seguintes vantagens significativas: 1) adequação das remunerações dos profissionais de saúde aos parâmetros de mercado, 2) substituição da força de trabalho temporária (precarizada) reduzindo o turnover, 3) estabelecimento de novos processos e escalas de trabalho mais eficientes nos hospitais e a 4) redução dos impactos de longo prazo no regime previdenciário próprio.

Além disso, dada a característica do vínculo laboral que foi estabelecida, criou-se a possibilidade, anteriormente inexistente, de dimensionar a força de trabalho aos serviços prestados, podendo ocorrer a dispensa de pessoal nos casos em que for necessária a redução do escopo de atuação da fundação em alguma área assistencial.

Outro aspecto relevante dizia respeito à melhoria dos processos de compras públicas, que poderia ser otimizado em razão da vantagem do regulamento próprio, que permitiria aquisições mais rápidas, com maior frequência, sem a necessidade de mobilização de grandes estoques e adquiridos a preços mais baratos.

Todavia, importante ressaltar que o staff do Estado era consciente de que não havia modelos institucionais ideais, que sejam a um só tempo pródigos em virtudes e imunes ao fracasso. Assim, sabia-se que parte relevante do sucesso dessa iniciativa estaria associada à adoção de práticas de gestão responsáveis, transparentes e baseadas em evidências científicas tanto no campo da saúde, quanto nas ciências da administração.

No entanto, em que pese a boa preparação do Estado para implementação do modelo, a instituição da iNOVA Capixaba foi permeada por diversas dificuldades, o que envolveu: 1) impasses políticos-administrativos que retardaram o seu efetivo funcionamento, 2) o advento da pandemia, que requereu concentração no

enfrentamento da organização assistencial dos serviços, não possibilitando a transformação da gestão dos hospitais; e 3) baixa experiências e capacidade de gestão da direção da Fundação, que não conseguiu organizar a contento seus processos internos e mecanismos de gestão na velocidade desejada pelo Governo.

Atualmente, a iNOVA Capixaba continua administrando dois dos dez hospitais que tinha previsão de gerenciar e, no momento, ela se prepara para incorporar a gestão de mais um hospital do Estado. O escopo da sua atuação está abaixo do que foi projetada, resultante em grande medida, por um conjunto de fatores centrados no déficit de gestão tanto do Estado quanto da sua fundação, talvez associado principalmente à maturidade institucional.

4. A FESFSUS

A trajetória institucional da FESFSUS, criada em 2009, é bem distinta das duas fundações que narramos anteriormente.

A FESF-SUS foi criada para equacionar o provimento de pessoal para Atenção Primária à Saúde, visando equalizar a remuneração do profissional médico, desinflationando o mercado de trabalho, assim como criando condições mais estáveis para os municípios do interior da Bahia para recrutar e fixar profissionais de saúde.

Como parte do seu processo de criação e instituição, a FESF trouxe um conjunto significativo de novidades e inovações institucionais e administrativas, dado pelo aporte de diferentes experiências assimiladas anteriormente e expandidas pelos seus formuladores.

Todavia, em que pese a clareza no diagnóstico, as soluções propostas pela FESF se depararam com impactos e externalidades que estavam além da previsão, quando da sua formulação original.

Um primeiro problema deu-se pela dificuldade em lidar com a inadimplência dos municípios que contrataram os serviços da Fundação para a manutenção de equipes de saúde da família. Isso porque a atuação da FESF, de fato, contribuiu para a despreciação do trabalho e dos vínculos laborais dos trabalhadores, contudo isso trouxe um custo adicional não suportado pelos municípios. Em síntese, a FESF era mais cara que a pejetização vigente.

Além disso, o funcionamento da Fundação impactou nas relações de poder governamental, gerando um conjunto de atritos gerenciais e administrativos entre a FESF e Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. Essas diferenças de visão também foram fatores decisivos para alterar as expectativas do projeto original.

Por conta das contingências e do ambiente externo, a FESF precisou ampliar substancialmente seu escopo de atribuições e redimensionar a sua carteira de projetos, o que passou a incluir a atuação em diferentes níveis de atenção à saúde.

Outro aspecto importante, foi a inclusão de competência da FESF para atuação na área de inovação tecnológica, reconfigurando a fundação para ser uma Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT), nos moldes da Lei nº 10.973/2004, o que ampliou a capacidade da entidade para atender e oferecer outros níveis de apoio ao Estado.

5. ANÁLISE COMPARATIVA

A análise das trajetórias das três fundações: FUNDASUS, iNOVA Capixaba e FESF-SUS, revela diferentes contextos, desafios e resultados na gestão da saúde pública em suas respectivas regiões. Cada fundação foi criada com objetivos específicos e enfrentou conjuntos distintos de desafios, tanto internos quanto externos, que moldaram seus caminhos e impactaram suas sustentabilidades e eficiências.

A FUNDASUS, no contexto de Uberlândia, foi uma resposta direta aos problemas persistentes na gestão da saúde pública municipal, buscando superar os desafios associados à terceirização dos serviços de saúde. No entanto, a fundação encontrou obstáculos significativos, incluindo resistências políticas e judiciais, além de desafios administrativos decorrentes de uma transição abrupta para a gestão pública dos serviços de saúde. A falta de tempo e experiência para uma transição suave, juntamente com a continuidade dos problemas herdados da gestão anterior, contribuíram para a imagem negativa da FUNDASUS e sua eventual extinção.

Por outro lado, a iNOVA Capixaba surgiu no Espírito Santo como uma alternativa ao modelo de terceirização de hospitais públicos, buscando otimizar a gestão através de um regime de emprego público celetista e melhorias nos processos de compras

públicas. Apesar de enfrentar dificuldades iniciais, como impasses político-administrativos e os desafios trazidos pela pandemia, a fundação continua ativa, embora seu escopo de atuação esteja aquém do inicialmente projetado. A experiência da iNOVA Capixaba ilustra os desafios de implementar mudanças significativas na gestão da saúde pública, mas também destaca a resiliência e a capacidade de adaptação em face de adversidades.

A FESF-SUS, na Bahia, apresenta um caso distinto, com foco na atenção primária à saúde e na equidade na remuneração dos profissionais médicos. A fundação trouxe inovações administrativas e institucionais, mas enfrentou dificuldades relacionadas à inadimplência dos municípios e às tensões com a Secretaria de Estado da Saúde. A ampliação do escopo de atuação da FESF e sua inclusão como uma Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação demonstram sua adaptabilidade e o reconhecimento de sua contribuição para a saúde pública, apesar dos desafios enfrentados.

Em resumo, enquanto a FUNDASUS enfrentou obstáculos insuperáveis que levaram à sua extinção, a iNOVA Capixaba e a FESF-SUS demonstraram maior resiliência e capacidade de adaptação, embora também enfrentem desafios contínuos. Essas experiências sublinham a complexidade da gestão da saúde pública e a importância de abordagens adaptativas e resilientes frente aos desafios institucionais, políticos e operacionais.

6. CONCLUSÕES

A análise das experiências das fundações FUNDASUS, iNOVA Capixaba e FESF-SUS na gestão da saúde pública em diferentes contextos brasileiros revela lições valiosas para o futuro da administração de serviços de saúde no país. Cada fundação, com suas particularidades, enfrentou desafios que refletem tanto as complexidades inerentes ao setor de saúde quanto às especificidades dos contextos locais e estaduais em que atuaram. Essas experiências ressaltam a importância de abordagens flexíveis na gestão da saúde pública, bem como a necessidade de planejamento cuidadoso e consideração das dinâmicas políticas e institucionais envolvidas.

A extinção da FUNDASUS ilustra as dificuldades de implementar reformas profundas no sistema de saúde sem o apoio

político robusto e uma transição bem planejada. A iNOVA Capixaba, por sua vez, destaca a resiliência e a capacidade de continuidade apesar dos obstáculos, oferecendo um modelo que, embora não totalmente conforme o planejado, segue em operação e adaptação. Já a FESF-SUS demonstra a importância da inovação e da flexibilidade na expansão do escopo de atuação para enfrentar desafios emergentes, bem como a relevância da integração entre as áreas da saúde e da tecnologia.

Portanto, é crucial que futuras iniciativas de criação de Fundações Estatais de Direito Privado na saúde pública incorporem essas lições, enfatizando a necessidade de: 1) Planejamento detalhado e consideração de cenários para transições de gestão; 2) Construção de consenso político e apoio institucional robusto; 3) Flexibilidade e capacidade de adaptação frente a desafios inesperados; e 4) Abordagens inovadoras que integrem tecnologia e gestão da saúde.

As experiências dessas fundações sublinham a complexidade da reforma da saúde pública, mas também apontam para o potencial de modelos inovadores que, devidamente ajustados e apoiados, podem contribuir significativamente para o avanço do SUS.

Ressalta-se também pelas experiências dessas três fundações, que há uma complexa busca pelo equilíbrio entre controle público e eficiência gerencial na administração dos serviços de saúde. Essa busca é marcada por uma constante tensão, onde o controle público visa garantir o *accountability*, enquanto a eficiência gerencial busca otimizar recursos, melhorar a qualidade dos serviços e responder de maneira ágil às demandas da população.

No caso da FUNDASUS, observa-se uma tentativa de romper com o modelo de terceirização, buscando retomar o controle público sobre os serviços de saúde. No entanto, a resistência encontrada tanto no âmbito político quanto jurídico importou na complexificação das interações entre a Fundação e a Secretaria Municipal de Saúde, gerando instabilidade e ineficiência operacional.

Por outro lado, a experiência da iNOVA Capixaba destaca uma abordagem que busca conciliar o controle público com a adoção de práticas gerenciais modernas e eficientes, como o regime de emprego público celetista e a otimização dos processos de compras. Essa abordagem apontou para a possibilidade de uma gestão pública que, sem renunciar ao seu papel de garantidor da equidade e da qualidade, possa incorporar elementos de eficiência típicos do setor

privado. A iNOVA Capixaba, apesar dos desafios enfrentados, representa um caminho em que o controle público e a eficiência gerencial não são vistos como polos opostos, mas como componentes que podem, sob determinadas condições, reforçar-se mutuamente.

A trajetória da FESF-SUS, por sua vez, reforça a ideia de que o equilíbrio entre controle público e eficiência gerencial pode ser alcançado através da inovação e da adaptação às condições locais. A fundação conseguiu navegar pelas complexidades da gestão pública de saúde, introduzindo inovações que atendem tanto à necessidade de controle público quanto à busca por eficiência. A expansão de seu escopo para incluir a atuação na área de inovação tecnológica destaca como o equilíbrio desejado também passa pela capacidade das instituições públicas de se renovarem e se adaptarem às novas demandas e desafios.

Em suma, as experiências das três fundações sublinham a necessidade de uma abordagem flexível e inovadora na gestão dos serviços de saúde, onde o equilíbrio entre controle público e eficiência gerencial é visto não como um ponto de chegada, mas como um processo contínuo de ajuste e adaptação às realidades locais e aos desafios emergentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

BRASIL. Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2004.

BRASIL. Projeto de Lei Complementar nº 92, de 2007. Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, definindo as áreas de

atuação de fundações instituídas pelo poder público. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Editora 34, 1998.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. *Serviços sociais do Estado*. In: Blog Edson Pistori. 16 fev. 2013. Acesso em: 16 jul. 2026.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo. 36. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2023.

PISTORI, Edson. *A Fundação do SUS em Uberlândia*. Blog Edson Pistori, 23 fev. 2013. Blog Edson Pistori. Acesso em: 16 jul. 2026.

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Manual de Administração Pública e Democrática: conceitos e formas de organização. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

SANTOS, Lenir (org.). Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas: Saberes Editora, 2009.



Sobre o Organizador

Thiago Lopes Cardoso Campos

Advogado sanitarista, Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Vice-Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA).

Atua há mais de quinze anos no fortalecimento das fundações estatais de saúde.

Iniciou sua trajetória no SUS na Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS) e participou da criação da ANFES, contribuindo para a consolidação do modelo fundacional.

Nesta obra, reúne autores de diferentes regiões do país para preservar a memória da ANFES e destacar a importância das fundações estatais para o Sistema Único de Saúde.

Passados mais de 15 anos da apresentação pelo governo federal do Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 para regulamentar a parte final do art. 37, inc. XIX, da Constituição Federal e definir as áreas de atuação das fundações públicas de direito privado, o Supremo Tribunal Federal decidiu que as fundações instituídas pelo Poder Público com personalidade jurídica de direito privado, as denominadas Fundações Estatais, são constitucionais, reafirmando posicionamento histórico sobre a juridicidade destas entidades públicas.

As decisões do STF nas ADI 4247 e 4197 baniram a insegurança jurídica que havia se instalado sobre o modelo em razão de incompreensões e dogmatismos que foram surgindo e inibindo a implementação do modelo fundacional em áreas como a da saúde para a prestação de serviços e minoração das persistentes dificuldades de gestão.

Nesse sentido e de modo a consolidar o entendimento sobre o tema, aproveitando a celebração dos 10 anos da Associação Nacional das Fundações Estatais de Saúde, a ANFES, o convite para produção acadêmica se faz imperioso.

