

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**O modelo descentralizado e participativo de gerência
de unidades de saúde assistenciais implementado pelo
Estado do Acre**

Juliano Raimundo Cavalcante

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (turma especial Dinter Universidade Federal do Acre), para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública – Linha de Pesquisa: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

Coorientadora: Profa. Dra. Marisol de Paula Reis Brandt.

São Paulo

2017

O modelo descentralizado e participativo de gerência de unidades de saúde assistenciais implementado pelo Estado do Acre

Juliano Raimundo Cavalcante

Minuta de Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (turma especial Dinter Universidade Federal do Acre), para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública – Linha de Pesquisa: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cleide Lavieri Martins

Coorientadora: Profa. Dra. Marisol de Paula Reis Brandt.

Versão revisada

São Paulo

2017

É expressamente proibida a comercialização desse documento, tanto a sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação
Faculdade de Saúde Pública da USP

Raimundo Cavalcante, Juliano O modelo descentralizado e participativo de gerência de unidades de saúde assistenciais implementado pelo Estado do Acre / Juliano Raimundo Cavalcante; orientadora Cleide Lavieri Martins; co-orientadora Marisol de Paula Reis Brandt. -- São Paulo, 2017. 137 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. descentralização. 2. unidades de saúde assistenciais. 3. participação da comunidade. I. Lavieri Martins, Cleide, orient. II. de Paula Reis Brandt, Marisol, co-orient. III. Título.

DEDICATÓRIA

*A minha esposa Danielle Diniz e meus filhos, Ana
Beatriz, Sofia e Arthur, que me ensinaram que a
distância não separa o verdadeiro amor.
A Minha mãe Maria Aparecida pela dedicação e
amor.
A Oxalá e aos moradores da Jurema. Qualquer
dia vamos nos reencontrar.*

AGRADECIMENTOS

De forma especial a Prof^a Dr^a Cleide Lavieri Martins, pela amizade, paciência, compreensão e por me ensinar que o verdadeiro pesquisador deve estar atento à voz dos entrevistados;

A Prof^a Vanessa Vogliotti Igami e Fábio Ricardo Leite da União Educacional do Norte - UNINORTE, pelo companheirismo e auxílio nos momentos mais difíceis dessa longa jornada;

A meu pai Josuel Cavalcante, que ensinou a honestidade e a busca constante do saber;

Aos meus irmãos, Josuel Júnior, Juciane, Jucênio, Manoela, Brena, Jefferson e Júlio, pelo incentivo constante;

Aos meus amigos, Adriano Iurconvite, Adriano Melo Cordeiro e Júlio César Farias, cada um a seu tempo e ao seu modo me auxiliaram nessa caminhada.

A Prof^a Ângela Cuenca e a querida Ângela Fernandez, pelo apoio costumeiro;

Aos meus amigos (as) conquistados durante meu doutorado, Cléber, Andréia, Rozilaine, Fernando, Francimar, Maria, Jene Greice, Leonardo, Thiago, Gilberto, Juliana e Melissa.

Por fim, ao Prof.^o Julio Pereira, a quem agradeço desejando-lhe graças e alegrias.

CAVALCANTE, J. R. O modelo descentralizado e participativo de gerência de unidades de saúde assistenciais implementado pelo Estado do Acre [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

RESUMO

Introdução: Os modelos de gerência centralizados e descentralizados utilizados pela administração pública no Brasil é tema bastante discutido em razão da busca por um atendimento de qualidade prestado à sociedade, não sendo diferente na área da saúde. Nesse sentido o Estado do Acre fez a opção de implementar um modelo de gerência de unidades de saúde que pudesse efetivar a descentralização das unidades de saúde estaduais e estabelecer a participação da comunidade. **Objetivos:** Analisar o modelo de gerência de unidades de saúde implementada pelo Estado do Acre por meio da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Lei n.1912/07) e da Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais (Lei n.1.910/07)no período de 2007 a 2011. **Métodos:** A pesquisa de natureza qualitativa e descritiva foi realizada no período de 2013 a 2016, utilizando como técnica de coleta de dados secundários a análise de documentos, e de dados primários as entrevistas individuais com informantes-chave.Trata-se de um estudo de caso cuja análise buscou compreender o modelo adotado pelo Estado do Acre. **Resultados:** A partir do modelo de gerência implementado pelo Estado do Acre, as unidades de saúde sob a gestão estadual passaram a ser geridas por um Conselho Gestor, constituído por gestores, profissionais de saúde e usuários de saúde. O modelo proporciona a descentralização da gerência das unidades de saúde com autonomia para o conselho gestor planejar e executar os recursos financeiros cujo repasse se efetiva com o termo de compromisso. O modelo implementado com a participação da comunidade no conselho gestor executivo apresenta aspectos inovadores e controversos, e sua legalidade fora questionada pelo Tribunal de Contas do Estado do Acre. No entanto, analisando as normas que permitiram a implementação do modelo, verifica-se o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde. **Considerações finais:** O modelo implementado pelo Estado mostrou ser uma alternativa de gerência de unidades de saúde descentralizado e participativo de modo a incentivar a organização e realização dos conselhos gestores.

Palavras-chave: descentralização - unidades de saúde assistenciais – participação da comunidade.

CAVALCANTE, J. R. The decentralized and participatory model of management of health care units implemented by the State of Acre [Doctoral Thesis]. São Paulo: Faculty of Public Health, University of São Paulo, 2017.

ABSTRACT

Introduction: The centralized and decentralized management models used by public administration in Brazil is a topic that is much discussed because of the quest for quality care provided to society, and is not different in the health area. In this sense, the State of Acre made the option of implementing a model of health unit management that could effect the decentralization of state health units and establish community participation.

Objectives: To analyze the management model of health units implemented by the State of Acre through the Law of Democratic Management of the Public Health System of the State of Acre (Law n.1912/07) and the Law on Financial Autonomy of Health Units. **Methods:** The research of a qualitative and descriptive nature was carried out in the period from 2013 to 2016, using as secondary data collection technique the analysis of documents and data Individual interviews with key informants. This is a case study whose analysis sought to understand the model adopted by the State of Acre.

Results: Based on the management model implemented by the State of Acre, health units under state management were managed by a Management Council, made up of managers, health professionals and health users. The model provides the decentralization of health unit management with autonomy for the managing board to plan and execute the financial resources whose transfer is effective with the term of commitment. The model implemented with the participation of the community in the executive management council presents innovative and controversial aspects, and its legality was questioned by the Court of Accounts of the State of Acre. **Final**

considerations: The model implemented by the State has shown to be an alternative for the management of decentralized and participatory health units in order to implement the model. Encourage the organization and implementation of management councils.

Key words: decentralization - health care units - community participation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	18
3.1 LOCAL DA PESQUISA	20
3.2 COLETA DE DADOS	24
3.2.1 PESQUISA DOCUMENTAL	24
3.2.2 ENTREVISTAS E SUJEITOS DE PESQUISA	25
3.2.2.1 Procedimentos para entrevista	26
3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	30
3.4 LIMITES DA PESQUISA	30
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO	32
4.1 FORMAS DE GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE NO BRASIL	32
4.2 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 FONTE INSPIRADORA DA LEI DE GESTÃO E DA LEI DE AUTONOMIA FINANCEIRA	48
5.2 O MODELO DE GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE	52
5.3 A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE	58
5.4 DESCENTRALIZAÇÃO E AUTONOMIA	75

5.5 PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA EXECUÇÃO DA LEI DE GESTÃO	81
5.6 ASPECTOS INOVADORES E CONTROVERSOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE	87
5.7LEGALIDADE DA LEI DE GESTÃO	86
5.7REVOGAÇÃO DA LEI DE GESTÃO E DA LEI DE AUTONOMIA	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	109

ANEXOS

Anexo I - Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007 - Institui o Programa de Autonomia Financeira das unidades de saúde estaduais 116

Anexo II - Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007 -Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre 119

Anexo III - Lei n. 2.526, de 29 de dezembro de 2011- Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre 129

APÊNDICES

Apêndice I-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 133

Apêndice II-Roteiro de Entrevista - Governador do Estado do Acre à época da criação e implementação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Lei n. 1.912/2007) 135

Apêndice III-Roteiro de Entrevista - Secretário de Estado de Saúde, Secretário Adjunto de Saúde e Gerente de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre a época da discussão e implementação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Lei n. 1.912/2007) 136

Apêndice IV - Roteiro de Entrevista - Membros do conselho gestor das unidades de saúde pesquisadas (gestores, profissionais de saúde e usuários de saúde) 137

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regiões de Saúde e Macrorregião de Saúde, Acre, 2012	20
Figura 2. Fluxo de transferências de recursos financeiros do Programa Dinheiro Direito na Escola (PDDE) do governo federal, Brasil, 2009	50
Figura 3. Fluxo de transferências de recursos financeiros – Programa Dinheiro Direto na Escola do Estado do Acre. (PDDE-Estadual)	51
Figura 4. Estrutura Administrativa das Unidades de Saúde assistenciais, Acre, 2007	55
Figura 5. Estrutura do Plano de Desenvolvimento da Unidade de saúde – PDUS, Acre, 2007	61
Figura 6. Etapas para construção do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde – PDUS, Acre, 2007	62
Figura 7. Formulário para descrever e identificar relações entre as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças da unidade no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde, Acre, 2007	63
Figura 8. Formulário para descrever os problemas identificados na unidade de saúde, por frequência, duração, extensão, integralidade, legitimidade e percepção, no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde, Acre, 2007	64
Figura 9. Formulário para relacionar os problemas identificados na unidade de saúde por ordem de importância, relacionando as causas fundamentais e as medidas que serão tomadas pela unidade de saúde quando da aplicação do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS)	64
Figura 10. Organograma de distribuição de responsabilidades no plano de ação da unidade de saúde, Acre, 2007	65
Figura 11. Formulário para descrever o desdobramento das metas em plano de ação previsto no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), Acre, 2007	66
Figura 12. Formulário para descrição da execução e monitoramento do plano de ação da unidade de saúde, previsto no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), Acre, 2007	66
Figura 13. Fluxo de aquisição de bens e serviços para as unidades de saúde assistenciais pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre	69

Figura 14. Fluxo de aquisição de bens e serviços pelo Conselho Gestor das unidades de saúde assistenciais no Estado do Acre, Acre, 2016 70

Figura 15. Fluxo de liberação de recursos para os conselhos gestores das unidades de saúde assistenciais do Estado do Acre, Acre, 2007 72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tempo de serviço dos conselheiros do segmento dos profissionais de saúde nas unidades de saúde pesquisadas, Acre, 2007 29

Quadro 2 - Quadro comparativo de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) 39

Quadro 3 - Forma de ingresso para composição dos conselhos gestores, por segmento, Acre, 2007 556

Quadro 4 - Comparativo das formas jurídico-institucionais. Organizações Sociais de Interesse Público e Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre, 2016 92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco, Brasil, 2016 21

Tabela 2 - Número de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade, na Maternidade e Clínica de Mulheres Barbara Heliodora, Brasil, 2016 22

Tabela 3 - Número de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade no Hospital de Clinicas do Acre, Brasil, 2016 23

Tabela 4 - Quantidade de conselheiros gestores entrevistados, por segmento, nas unidades de saúde pesquisadas, Acre, 2015 26

APRESENTAÇÃO

Os motivos que ensejaram o interesse pelo estudo de gerência de unidades de saúde se relacionam de forma muito estreita à minha experiência na assessoria do secretário adjunto de gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre e na gerência da maior unidade de saúde assistencial do Estado do Acre, a Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), atualmente Hospital das Clínicas.

Na assessoria participei ativamente das discussões que culminariam com a Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde e com a Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde do Estado do Acre. Com formação em direito e mestrado em administração, assumi, após a participação na assessoria, o desafio de gerir uma unidade de saúde de média e alta complexidade, exercendo inicialmente a função de gerente administrativo e vindo a exercer a função de gerente geral, no período de julho de 2008 a setembro de 2009.

Os desafios enfrentados foram significativos. Ingresso na gerência da unidade de saúde com uma reforma nas instalações prediais, nas quais se fazia necessário o atendimento médico ambulatorial especializado em instalações provisórias de madeira. Outros setores da unidade de saúde sequer haviam iniciado a reforma nas instalações prediais, e fazia-se necessário uma reforma nas instalações elétricas para a manutenção do funcionamento do serviço prestado ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Como se não bastassem às dificuldades estruturais, eis que se projeta o que seria o maior desafio! Gerir a unidade de saúde tendo como órgão máximo da unidade um Conselho Gestor formado por gestores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde.

Discutir com todos os setores da unidade de saúde o Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS) e transformá-lo no Plano de Trabalho Anual (PTA) que deveria ser aprovado pelo Conselho Gestor e pela Secretaria de Estado de Saúde é experiência ímpar na discussão das ações e serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este, em linhas gerais, o cenário do qual assumi a tarefa de gerenciar a unidade de saúde. Sendo Gestor de Políticas Públicas concursado do Estado do Acre, entendo ser importante contribuir na discussão de gerência de unidades de saúde, considerando que se trata de um tema que não interessa apenas às unidades do Estado do Acre, mas a todas as unidades assistenciais que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS).

1 INTRODUÇÃO

Os modelos de gerência utilizados pela administração pública no Brasil, centralizados e descentralizados, são constantemente discutidos em razão da ausência da necessária qualidade na prestação de serviços a sociedade brasileira.

O modelo centralizado de gerência ocorre quando o Estado atua por intermédio das Secretarias; e no descentralizado, por intermédio de Autarquias ou Fundações (DI PIETRO, 2016; JUSTEN FILHO, 2016). O modelo de gerência descentralizado também pode ser realizado, desta feita sem a participação do Estado de forma direta, através das Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e mais recentemente por intermédio de parcerias público-privadas.

Na área da saúde os modelos de gerência utilizados pela administração pública não são diferentes de modo, que se vivenciam intensos e calorosos debates, até mesmo por se tratar de um direito sensível e constitucionalmente assegurado pela sociedade na Constituição Federal de 1988.

No entanto a gerência realizada de forma centralizada ou descentralizada, com ou sem a participação direta do Estado, é alvo de severas críticas. No tocante à centralização e à descentralização com a participação do Estado, as que se destacam são aquelas relacionadas à ausência de agilidade nos processos de aquisição de compras e serviços, atendimento precário e ineficiente; em relação à descentralização sem a participação direta do Estado, as vozes discordantes afirmam que esse modelo de gerência privatiza a área da saúde e ainda fragilizando as relações de trabalho em razão da forma de contratação dos profissionais de saúde que não se realizam através de concurso público (NOGUEIRA, 2011).

Esse cenário de discussão sobre os modelos de gerência que se evidencia em todas as unidades da federação brasileira se verifica também no Estado do Acre.

Ao assumir o Governo do Estado do Acre, em 2007, Binho Marques, se debruçou diante das seguintes alternativas para gerência de unidades de saúde estaduais: a) manter o modelo centralizado de gerência pela Secretaria de Estado de Saúde que se observava na quase totalidade das unidades de saúde; b) descentralizar, mantendo sua participação direta na gerência das unidades de saúde, com a criação de uma autarquia ou fundação – cujo exemplo no Estado do Acre era a Fundação Hospitalar do Estado do

Acre (FUNDHACRE); c) descentralizar, deixando de participar de forma direta na gerência de unidades de saúde, através de Organizações Sociais (OS) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) – que no Estado do Acre tinha como exemplo o Hospital do Juruá, localizado em Cruzeiro do Sul –, ou; d) buscar uma alternativa para gerenciar as unidades de saúde Estaduais.

O então governador, por ter sido Secretário de Educação do Estado do Acre (1999-2006) e adquirido experiência no Programa de Dinheiro Direto na Escola (PDDE)¹ do governo federal, que prevê o repasse de recursos financeiros diretamente para as escolas, determinou que se realizasse um debate com todos os atores envolvidos na área da saúde, de modo que ao final, lhe fosse apresentada uma norma com vistas a alcançar os mesmos objetivos estabelecidos no PDDE, quais sejam: descentralização, autonomia e participação da comunidade.

Nesse sentido se observa que o desejo do governador foi buscar uma alternativa de gerência de unidades de saúde estaduais que viesse dar conta de descentralizar as ações e serviços de saúde com autonomia financeira e participação da comunidade, alicerçado em instrumentos gerenciais e bases legais sólidas, utilizando-se da legislação do PDDE como eixo norteador.

Com as premissas indicadas, após os debates com os atores envolvidos, cujo momento mais importante a ser destacado foi o Fórum de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde, surgiu à minuta de uma norma que, após aprovação pela Assembleia Legislativa do Estado Acre, passou a integrar o ordenamento jurídico do Estado do Acre, a Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Lei n.1912/07).

Embora denominada Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre, considerando que a norma estabelece um modelo de gerência de unidades de saúde assistenciais, tecnicamente estaria mais bem denominada de Lei de Gerência das Unidades de Saúde Assistenciais do Estado do Acre, levando-se em consideração a “Gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” e a “Gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde

¹ O Programa de Dinheiro Direto na Escola será apresentado na discussão sobre o modelo inspirador da Lei de Gestão.

(ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS” (CONASS, 2003). Nesse sentido a pesquisa se utiliza da expressão gerência de unidades de saúde ao invés de gestão de unidades de saúde.

Para efetivar a autonomia prevista na Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre, a Assembleia Legislativa do Estado do Acre também aprovou a Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde do Estado do Acre (Lei n.1.910/07).

Com as normas aprovadas, as unidades de saúde Estaduais passaram a ser geridas por um Conselho Gestor, sendo este uma entidade privada, sem fins lucrativos, constituído por gestores– indicados pela Secretaria de Estado de Saúde –, profissionais de saúde e usuários, eleitos pelos seus pares. O termo de compromisso se configura como o instrumento legal utilizado para a transferência de recursos financeiros - alicerçado em dois instrumentos gerenciais: o Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS) e o Plano de Trabalho Anual (PTA). A prestação de contas dos recursos recebidos em conformidade com o termo de compromisso, pelo conselho gestor, foi realizada através de audiência pública e posterior encaminhamento à Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

O estudo do modelo de gerência de unidades de saúde adotado pelo Estado do Acre é importante na medida em que pode contribuir com a discussão sobre o tema, embora a Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre tenha sido revogada em parte (derrogação) pela Lei n. 2.526, de 29 de dezembro de 2011. A mesma Lei que revogou em parte a Lei de Gestão revogou em sua totalidade (ab-rogação) a Lei 1.910, de 31 de julho de 2007, que Instituiu a Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais, de modo que o período da pesquisa se refere à vigência das normas, 2007 a 2011.

Para tanto se faz necessário identificar e compreender os pontos inovadores e controversos do modelo de gerência de unidades de saúde adotado pelo Estado do Acre, sob o olhar de informantes-chave, tendo como fio condutor os objetivos discutidos com todos os atores envolvidos, que ensejaram a aprovação das normas, como sejam: descentralização, autonomia, participação da comunidade e legalidade da norma.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o modelo de gerência de unidades de saúde implementado pelo Estado do Acre, vigente no período de 2007 a 2011, por meio de Conselhos Gestores.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar o processo de criação e aprovação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Lei n.1.912/07) e da Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais (Lei n.1.910/07).
- b) Analisar o processo de implementação da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde do Estado do Acre destacando os aspectos inovadores e controversos.
- c) Discutir sobre a legalidade da Lei de Gestão.

3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A presente pesquisa é de natureza qualitativa e descritiva na medida em que busca analisar o modelo de gerência de unidades de saúde adotado pelo Estado do Acre com a Lei de Gestão e a Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais.

Michel (2015, p. 40) afirma que “a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica, especial, contextual e temporal entre o pesquisador e o objeto do estudo; ambos pertencem à mesma realidade e se confundem”. Continua a autora seu entendimento indicando que “a pesquisa qualitativa se propõe a (sic) colher e analisar os dados descritivos, obtidos diretamente da situação estudada; enfatiza o processo mais que o resultado, para o que precisa e retrata a perspectiva dos participantes.”

Do mesmo modo Lakatos (2011, p. 272) destaca que “por meio do método qualitativo, o investigador entra em contato direto e prolongado com o indivíduo ou grupos humanos, com o ambiente e a situação que está sendo investigada, permitindo um contato de perto com os informantes”.

Santos (2015, p. 183), ao tratar da pesquisa descritiva, informa que com essa “é feita a descrição das características de uma determinada população, estudo descritivo de determinado fenômeno com suas variáveis.”

A pesquisa descritiva estabelece a verificação, a descrição e a explicação dos problemas que são fatos ou fenômenos da vida real, buscando com a observação compreender a influência que o ambiente exerce sobre eles, estando diretamente relacionada com a pesquisa qualitativa (MICHEL, 2015).

A presente pesquisa também se caracteriza por ser um estudo de caso por buscar a descoberta, enfatizando a interpretação do contexto e retratando a realidade de forma ampla, valendo-se de diversas fontes de informações, representada por diferentes pontos de vista, usando uma linguagem simples; a investigação busca entendê-los no seu contexto (LAKATOS, 2011; MICHEL, 2015).

O estudo de caso se caracteriza por um estudo intensivo que busca a compreensão do assunto investigado em sua totalidade, sendo um método apropriado para estudos com eventos contemporâneos, quando a pergunta central formulada é do tipo “Por quê?” ou “Como?” (YIN, 2010).

3.1 Local da pesquisa

O Estado do Acre ocupa o 25º lugar dentre as 27 unidades da federação em termos populacionais. Localizado na região norte do Brasil, tem como capital a cidade de Rio Branco e fronteiras com os estados do Amazonas a norte, Rondônia a leste, e os países, Bolívia a sudeste e Peru ao sul, de modo que o Acre está na tríplice fronteira – Brasil, Bolívia e Peru. Em 15 de Junho de 1962 foi sancionado pelo Presidente da República João Goulart a Lei 4.070, que elevou o Acre à categoria de Estado. Desta forma o Estado do Acre é um estado jovem, tem apenas 54 anos de autonomia, sendo o único estado da federação que lutou para ser brasileiro².

A população do Acre estimada é de 790 mil habitantes. Rio Branco, capital do Estado, é a cidade mais populosa, totalizando cerca de 340 mil habitantes, ou seja, quase a metade do contingente populacional acreano. Cruzeiro do Sul, com população estimada em 78 mil habitantes, é a segunda cidade mais populosa. Sendo as duas principais cidades do Estado, Rio Branco e Cruzeiro do Sul juntas, representam 52% de toda a população acreana.

As unidades básicas de saúde são de responsabilidade dos Municípios e as unidades de saúde de média e alta complexidade, de responsabilidade do Estado, cabendo auxílio mútuo entre estes e a União. Nesse sentido é importante destacar que o Estado do Acre conta com unidades de saúde de média ou média e alta complexidade em todos os vinte e dois municípios que o compõem de modo que todas estavam abrangidas pelas normas em estudo.

O Plano Estadual de Saúde do Estado do Acre para o período de 2012 a 2015 indica na Resolução CIB n. 38, de 31/07/2009, o desenho da regionalização do Estado em três regiões de saúde: Alto Acre, Baixo Acre/Purus e Juruá/Tarauacá-Envira.

Importante destacar que o Estado do Acre conta com três cidades de referência em relação às regionais de saúde. Na região do Alto Acre a cidade de Rio Branco, na região do Baixo Acre/Purus, a cidade de Cruzeiro do Sul e na região do Baixo Acre/Purus, a cidade de Brasiléia.

² Para conhecer a história do Acre sugerimos a leitura de: CARNEIRO, E. A Fundação do Acre: Uma história revisada da anexação (Fase Invasiva, Fase Militar e Fase Diplomática). 2ª edição. Editora do próprio autor, 2015.

As unidades de saúde escolhidas estão inseridas na estrutura organizacional básica da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE, estando todas abrangidas pela Lei de Gestão, como órgãos subordinados ou vinculados da administração direta.

Como **órgãos subordinados** às unidades de saúde pesquisadas foram:

- **Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco.** A unidade hospitalar presta serviço de assistência de urgência/emergência, atendendo exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde. O número de leitos, por especialidade, está indicado na tabela 1.

Tabela 1. Número de leitos, por especialidade, no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco*, Brasil, 2016.

Leitos	
Especialidade – Cirúrgico	
Queimado adulto	5
Queimado pediátrico	1
Ortopedia e Traumatologia	35
Cirurgia Geral	37
Especialidade – Clínico	
Cardiologia	4
Saúde Mental	18
Clínica Geral	40
Complementar	
Unidade de Isolamento	2
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	6
Unidade adulto – tipo II	18
Pediátrico	
Pediatria Clínica	12
Outras especialidades	
Pneumologia Sanitária	1
Total	179

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2016.

*O Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com a denominação de Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco sob o número 2001578.

- **Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora.** É uma unidade de saúde que atende exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde, no atendimento da mulher gestante e da criança neonatal. O número de leitos, por especialidade, está indicado na tabela 2.

Tabela 2. Número de leitos, por especialidade, na Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora, Brasil, 2016.

Leitos	
Especialidade – Cirúrgico	
Cirurgia Geral	2
Especialidade – Clínico	
Clínica Geral	1
Neonatologia	1
Complementar	
Unidade de Isolamento	2
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	2
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	10
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Tipo Canguru	10
UTI neonatal – tipo II	10
Obstétrico	
Obstetrícia Clínica	28
Obstetrícia Cirúrgica	38
Outras especialidades	
Pneumologia Sanitária	1
Total	105

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2016.

Como órgão vinculado da administração direta a unidade pesquisada foi:

- **Hospital das Clínicas do Acre** (antiga Fundação Hospitalar do Estado do Acre – FUNDHACRE). Foi criada em 1989, como hospital de especialidades de média e alta complexidade, com seu Estatuto Social publicado no DOE do Estado Acre n. 5.594, de 13 de agosto deste mesmo ano. Com o aumento da população e a migração de pessoas dos

municípios, estados vizinhos e países fronteiriços, em busca de uma saúde resolutiva e de qualidade, o espaço físico e os serviços oferecidos tornaram-se insuficientes para atender a demanda espontânea e referenciada, assim como a necessidade de adequação ao SUS como hospital de ensino. A expansão dos serviços se tornou necessária em todos os aspectos. Após muitas reformas, em 24 de dezembro de 2010, através do DOE n. 5.897 a FUNDHACRE foi transformada no atual Hospital das Clínicas do Acre tornando-se então um referencial em saúde pública em Rio Branco e em todo o estado do Acre. É, portanto uma unidade de especialidades de média e alta complexidade, que atende exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde, realizando atendimento ambulatorial e cirúrgico, com uma média de dois mil atendimentos por dia, entre exames, consultas e procedimentos cirúrgicos. O número de leitos, por especialidade, no Hospital das Clínicas do Acre está indicado na tabela 3.

Tabela 3. Número de leitos, por especialidade, no Hospital das Clínicas do Acre, Brasil, 2016.

Leitos	
Especialidade – Cirúrgico	
Ortopedia e traumatologia	8
Nefrologia	8
Transplante	5
Cirurgia Geral	64
Especialidade – Clínico	
Oncologia	14
Geriatria	37
Clínica Geral	68
Complementar	
UTI adulto – tipo II	9
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	3
Unidade Pediátrica – tipo II	1
Unidade isolamento	2
Pediátrico	
Pediatria Clínica	1
Pediatria Cirúrgica	1

Outras especialidades	
Crônicos	1
Hospital dia	
Aids	3
Total	225

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2016.

3.2 Coleta de dados

Para atingir os objetivos propostos na pesquisa utilizou-se como técnica de coleta de dados secundários a análise de documentos e de dados primários, as entrevistas individuais com informantes-chave.

3.2.1 Pesquisa documental

Foi realizada a análise documental por ser esta uma técnica de observação onde os dados são obtidos indiretamente, considerando que o material é produzido por pessoas e/ou instituições relacionadas à população estabelecida na metodologia.

Na análise documental, realiza-se a consulta a documentos que pertençam ao objeto da pesquisa, com o propósito de ampliar as informações que devem auxiliar na análise e interpretação dos dados (MICHEL, 2015).

Os documentos analisados para a consecução dos objetivos da pesquisa estão relacionados à modalidade de gerência de unidades de saúde assistenciais implementada pelo Estado do Acre e pelas legislações que tratam da saúde no Brasil, em especial:

- a) Lei Estadual n. 1.910/2007 (ACRE) – Instituiu o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais (Anexo I);
- b) Lei Estadual n. 1.912/2007 (ACRE) – Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Anexo II);
- c) Lei Estadual n. 2.526/2007 (ACRE) – Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre (Anexo III);
- d) Estatuto do conselho gestor das unidades de saúde pesquisadas, ano 2007;

- e) Atas de Reunião dos conselhos gestores das unidades de saúde objeto da pesquisa, no período de 2007 a 2011.
- f) Lei Federal n. 9.637, de 15 de maio de 1998, que “dispõe sobre a qualificação de entidades, como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”;
- g) Lei Federal n. 9.790, de 23 de março de 1999, que “dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências”.
- h) Mensagem do Poder Executivo à Assembleia Legislativa do Estado do Acre para a aprovação da Lei de Gestão Democrática e Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde, ano 2007;
- i) Acórdão n. 7.215/2011 do Tribunal de Contas do Estado do Acre;
- j) Acórdão n. 1.685/2011 do Tribunal de Contas da União;
- k) Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), ano 2007.

Nos estatutos e atas de reunião foi possível identificar a relação dos conselheiros que integravam os conselhos gestores das unidades de saúde pesquisadas.

3.2.2 Entrevistas e sujeitos de pesquisa

Gil (2010, p. 109) define a entrevista como sendo “a técnica que o investigador se apresenta frente ao entrevistado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Nesse sentido entrevistas individuais foram realizadas com o intuito de estabelecer a percepção dos informantes-chave em relação à Lei de Gestão e a Lei de Autonomia Financeira.

Os informantes-chave, sujeitos desta pesquisa, estão divididos em dois grupos: o primeiro formado por gestores estaduais, e o segundo pelos conselheiros representantes de cada segmento que compõem o conselho gestor das unidades de saúde pesquisadas. De acordo com a Lei de Gestão, o conselho deve ser constituído por, no mínimo: um representante dos gestores, um representante dos trabalhadores e dois representantes dos usuários (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 9º).

Em razão da natureza do cargo que ocupavam à época da criação e implementação da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira, os gestores estaduais entrevistados foram o Governador do Estado do Acre, o Secretário, o Secretário Adjunto e o gerente de planejamento da Secretária de Estado de Saúde do Estado do Acre.

Ser membro titular dos conselhos gestores pesquisados constituiu o critério de inclusão dos entrevistados. Segundo a Lei de Gestão, mais precisamente no seu art. 9º, o membro suplente somente assumiria em caso de vacância do cargo de conselheiro, por esse motivo se priorizou a entrevista com os membros titulares. Considerando que cada unidade de saúde pesquisada possuía um conselho formado por oito membros titulares, o número de entrevistas totalizaria no máximo 24 conselheiros. Entretanto, não foi possível entrevistar todos devido a recusas de participação de sete conselheiros – por razões de ordem pessoal não explicitada ao pesquisador, e de três conselheiros por não estarem residindo mais no Estado do Acre.

Apesar dessas perdas, foi garantida a entrevista com no mínimo um representante de cada segmento do conselho das unidades de saúde estudadas (Tabela 4).

Tabela 4. Quantidade de Conselheiros Gestores entrevistados, por segmento, nas unidades de saúde pesquisadas, Acre, 2015.

Unidades de Saúde	Segmento dos conselheiros entrevistados			Total
	Usuários	Trabalhadores	Gestores	
Fundhacre	3	2	1	6
Huerb	2	1	1	4
Maternidade	2	1	1	4
Total	7	4	3	14

3.2.2.1 Procedimentos para entrevista

O contato com os informantes-chave foi realizado de forma individualizada, pessoalmente ou através de contato telefônico. Ao informante-chave foram informados os objetivos da pesquisa, sendo realizado o convite para participar da pesquisa e assegurado o seu anonimato.

As entrevistas foram realizadas, pelo pesquisador, entre os meses de abril e setembro de 2015, em local mais adequado para os entrevistados – suas residências, locais de trabalho ou em sala cedida pela SESACRE–, após leitura, assinatura e entrega de uma via ao entrevistado do Termo de Livre Consentimento e Esclarecido (Apêndice I), sendo gravadas para posterior transcrição.

Foram construídos três roteiros de entrevista – um aplicado ao governador do Estado, um aos gestores estaduais de saúde e o terceiro aos conselheiros das unidades de saúde pesquisadas.

Em relação ao ex-governador do Estado do Acre, a entrevista (Roteiro de Entrevista – Apêndice II) buscou as razões da opção por um modelo de gerência de unidades de saúde diferenciado em relação às aplicadas pelas demais unidades da federação; em relação aos ex-secretários e Gerente de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Acre (Roteiro de Entrevista – Apêndice III), as entrevistas buscaram destacar a experiência da discussão, aprovação e implantação da norma, com destaque especial para as dificuldades da implantação e os aspectos relativos à sua revogação; em relação aos gestores, profissionais de saúde e usuários, integrantes dos conselhos gestores das unidades de saúde pesquisadas, o roteiro de entrevista (Roteiro de Entrevista – Apêndice IV), teve como eixo central a experiência de gestores, profissionais e usuários de saúde na aplicação da norma.

O primeiro informante-chave entrevistado foi o Governador do Estado do Acre à época da discussão e implementação da Lei de Gestão, Arnóbio Marques de Almeida Júnior, mais conhecido como “Binho” (E1 gestor). Binho foi Secretário Municipal de Educação de Rio Branco na gestão do prefeito Jorge Viana (1993-1996) e Secretário de Estado de Educação do Governo do Acre (1999-2002). Entre 2003 e 2006 foi vice-governador do Estado do Acre, tendo sido eleito Governador do Estado do Acre para o período de 2007 a 2011.

Em seguida foram entrevistados, respectivamente, os ex-secretários e o ex-gerente de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do Acre.

Oswaldo de Sousa Leal Júnior (E2 gestor) exerceu a função de Secretário Estadual de Saúde, de 2007 a 2010, e Secretário Municipal de Saúde de Rio Branco, Estado do Acre, de 2011 a 2012.

Sérgio Roberto Gomes de Souza (E3 gestor) exerceu a função de Secretário Adjunto, na Secretaria de Estado de Saúde, de 2007 a 2010.

Carlos Henrique Lima e Silva (E4 gestor) exerceu a função de Assessor de Planejamento na FUNDHACRE (de 1997 a fevereiro de 2003), tendo sido convidado para trabalhar na Secretaria de Estado de Saúde do Acre, em 2003, como Gerente do Departamento de Descentralização Financeira e Gerente do Departamento de Planejamento, tendo sido também membro da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 2002 a janeiro de 2015.

Analisando o perfil do segmento dos profissionais de saúde, o que mais se destaca é apresentarem um tempo de serviço na unidade de saúde longínquo, entre 10 e 30 anos, como pode ser observado no quadro 1.

Quadro 1. Tempo de serviço dos conselheiros do segmento dos profissionais de Saúde nas unidades de saúde pesquisadas, Acre, 2007.

Entrevistado	Tempo de Serviço
E5	10 anos
E14	25 anos
E16	13 anos
E17	30 anos

Esse destaque apresenta contornos relevantes na medida em que os conselheiros das unidades de saúde do segmento dos trabalhadores somente poderiam ser eleitos para participarem do Conselho Gestor se estivessem lotados na própria unidade de saúde a que concorriam (ACRE, Lei 1.912/2007, art.9º, §3º).

O tempo de serviço dos conselheiros na unidade de saúde sugere o conhecimento do funcionamento da mesma, de modo que poderiam contribuir de forma significativa para a sua gerência.

As profissões dos conselheiros do segmento dos usuários de saúde mais encontradas foram professores e autônomos.

O segmento dos gestores também apresenta diversificação de profissões, de onde se pode destacar a quantidade reduzida de graduados em administração e inexistência de graduados em gestão hospitalar.

Analisando os três segmentos – usuários, trabalhadores e gestores -, é possível identificar que apenas um dos membros dos Conselhos Gestores das unidades de saúde pesquisadas não possui curso superior – sendo do segmento dos trabalhadores.

3.3 Procedimentos de análise

Considerando que a pesquisa é de natureza qualitativa, com uma abordagem descritiva, os dados são analisados sob a ótica da análise descritiva, buscando-se ao final estabelecer conclusões concernentes aos objetivos propostos.

Minayo, citando Gomes (2000, p. 69), identifica que a fase de análise de dados na pesquisa social reúne três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

Nesse sentido, para alcançar as finalidades descritas por Minayo (2000), foram realizadas de forma integrada e concomitante as seguintes análises:

a) documental: contribuiu, dentre outros aspectos, para a compreensão das normas pesquisadas, do processo de implementação e execução da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira, tendo como referência as atas de reuniões dos conselhos gestores das unidades de saúde pesquisadas e da discussão sobre a legalidade da Lei de Gestão utilizando-se como base o Parecer do Tribunal de Contas da União e o Parecer do Tribunal de Contas do Estado do Acre;

b) entrevistas com informantes-chave: as entrevistas com os informantes-chave foram transcritas permitindo a identificação de categorias centrais relacionadas ao objeto da pesquisa, quais sejam, descentralização com autonomia, participação da comunidade e legalidade da norma. Essas categorias são analisadas tendo como eixo norteador o referencial teórico e os documentos coletados de modo a descrever e discutir a alternativa da forma de gerência de unidades de saúde implementada pelo Estado do Acre, levando em consideração ainda a lição de Oliveira e Freitas (1998, p. 91), que destacam que na análise “dever-se-á considerar as palavras e os seus significados; o contexto em que foram colocadas as ideias; a consistência interna, a frequência e a extensão dos comentários; a especificidade das respostas; e a importância de identificar as grandes ideias”.

Richardson (2010, p.94) afirma que “o propósito da reflexão na pesquisa qualitativa não é produzir um relato objetivo ou não valorativo”, de modo que, citando Janet Ward-Shcofield (1993, p. 202), “a meta não é produzir um conjunto unificado de resultados que outro investigador metuculoso teria produzido, na mesma situação ou estudando os mesmos assuntos. O objetivo é produzir uma descrição coerente e iluminadora de uma situação baseada no estudo consciente e detalhado dessa situação”.

3.4 Limites da pesquisa

Considerando que as unidades de saúde pesquisadas são as maiores do Estado do Acre e estão localizadas no município de Rio Branco, os aspectos destacados nesta pesquisa não refletem necessariamente as mesmas situações nas demais unidades de saúde.

3.5 Aspectos Éticos

Todos os procedimentos e normas estabelecidas para desenvolvimento da pesquisa foram realizados, em observância às diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS, 1996).

A obtenção do consentimento informado e a garantia da preservação da privacidade deram-se pela leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). Foi assegurada aos participantes da pesquisa a preservação dos dados, a confidencialidade e o anonimato dos indivíduos pesquisados.

Para preservar o anonimato dos conselheiros entrevistados, foram utilizadas as expressões “Eusuário”, para indicar os entrevistados do segmento dos usuários; “E trabalhador”, para indicar os entrevistados do segmento dos trabalhadores; e “E gestor”, para indicar os entrevistados do segmento dos gestores, com a indicação do respectivo número do entrevistado.

As exceções a esse procedimento estão nas entrevistas realizadas com o Governador do Estado do Acre, o Secretário de Estado, o Secretário Adjunto e o gerente de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Acre, à época da aprovação das Leis do Estado do Acre n. 1.910/2007 e n. 1.912/2007, considerando que, em razão dos cargos públicos que ocupavam, tornar-se-iam possíveis suas identificações e, portanto, difícil mantê-los no anonimato. Sendo assim foi autorizada pelos mesmos a divulgação

de seus nomes. No entanto, serão utilizadas, respectivamente, as expressões “E1 gestor”, “E2 gestor”, “E3 gestor” e “E4 gestor”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – sob o n. 972.600, cuja aprovação se deu em 06 de março de 2015.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Modelos de gerência de unidades de saúde no Brasil

A organização da Administração Federal – observada também na Administração Estadual e Municipal –, está regulamentada pelo Decreto-Lei n. 200/67, de modo a compreender a administração direta que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios, e a administração indireta, que compreende as entidades dotadas de personalidade jurídica própria: autarquias, empresas públicas; sociedades de economia mista e fundações públicas (Decreto-lei n. 200/67, art. 4º).

A **administração direta** se constitui pelo conjunto de órgãos diretamente subordinados ao chefe de cada Poder, de maneira que esses não têm personalidade jurídica própria, sendo sua personalidade reservada à União, ao Estado ou ao Município. Sendo regidos pelas normas de direito público, têm como autoridades superiores o Chefe do Poder Executivo e seus auxiliares diretos, sendo pelo mesmo nomeados e exonerados.

O quadro de pessoal dos órgãos da administração direta se compõe de ocupantes de cargos efetivos, criados por lei e acessados através de concurso público (Constituição Federal, art. 37, II). As compras e contratos da administração direta se submetem à Constituição Federal e à Lei de Licitações (Constituição Federal, art. 37, XXI, e Lei n. 8.666, de 1993).

A administração indireta se realiza por intermédio de pessoas jurídicas de direito público – autarquias e fundações –, e de direito privado – empresas públicas e sociedades de economia mista –, sendo as primeiras destinadas às funções de interesse coletivo investidas por atos privativos da autoridade pública, e as segundas criadas por atos de direito privado, mesmo que dependam de previsão legal (DI PIETRO, 2016; JUSTEN FILHO, 2016).

A **autarquia** é o “serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada” (Decreto-Lei n. 200/67, art. 5º, I).

Tendo personalidade jurídica própria, as autarquias são sujeitos de direitos e obrigações no mundo jurídico, estando submetidas a licitações, contratos, bens, regime de pessoal, regime orçamentário, financeiro e patrimonial nos mesmos moldes da administração direta (MEDAUAR, 2014).

Mesmo tendo personalidade jurídica própria as autarquias estão submetidas ao controle do ente da Administração direta que as criou, o chamado “poder de tutela”, que tem como objetivo verificar a regularidade das atividades por elas desenvolvidas (JUSTEN FILHO, 2016). Por serem entidades de natureza pública as autarquias estão sujeitas aos mesmos princípios e normas da administração direta.

A fundação pode ser estabelecida de duas formas: a fundação de direito público e a fundação de direito privado (Constituição Federal de 1988, art. 37, XIX e Decreto-lei n. 200/67).

A **fundação de direito público** é pessoa jurídica de direito público, criada por lei específica, tendo regime jurídico-administrativo, igual ao das autarquias, sendo por isso mesmo chamada de autarquia fundacional, diferenciando-se apenas em razão de serem instituídas apenas em áreas sociais, para o exercício de atividades privativas ou não (DI PIETRO, 2016). As fundações de direito público e as autarquias estão submetidas ao mesmo regime jurídico-administrativo.

A **fundação pública de direito privado** é dotada de personalidade jurídica própria, cuja constituição e extinção é autorizada por lei. São dotadas de autonomia administrativa e patrimônio próprio, adquirindo personalidade jurídica com a inscrição da escritura pública de sua constituição no registro civil de pessoas jurídicas, não se aplicando as demais disposições do Código Civil, como é o caso da fundação privada criada por particular. O regime de pessoal da fundação pública de direito privado é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), embora a admissão seja por concurso público (DI PIETRO, 2016; JUSTEN FILHO, 2016).

A **empresa pública** é “a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito” (Decreto-lei n. 200/67, art. 5º, II).

As empresas públicas, portanto, têm personalidade jurídica própria, com autonomia organizacional e patrimônio próprio, com personalidade jurídica de direito privado, submetendo-se às regras aplicáveis aos particulares, podendo ser criadas por qualquer forma societária, tendo quadro societário formado apenas por pessoas de direito público. Em regra, a atuação envolve a prestação de serviço público ou o desenvolvimento de atividade econômica propriamente dita (JUSTEN FILHO, 2016).

A **sociedade de economia mista** é “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 à entidade da administração indireta” (Decreto-lei n. 200/67, art. 5º, III).

Da mesma forma que as empresas públicas, as sociedades de economia mista são pessoas jurídicas de direito privado, diferenciando-se: a) pelo fato de que essas apresentam forma de sociedade anônima, embora permaneçam sob o controle estatal e aquelas têm quadro societário formado apenas por pessoas de direito público, e b) as sociedades anônimas exploram atividade econômica – razão pela qual não existe possibilidade de atuarem na área da saúde –, e as empresas públicas podem atuar explorando atividade econômica ou na prestação de serviços públicos (JUSTEN FILHO, 2016).

Embora não se caracterize como administração direta ou indireta, outra forma utilizada pela administração pública é a parceria público-privada. A Parceria público-privada se constitui por ser um contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa (Lei n. 11.079/04, art. 2º).

Na modalidade patrocinada, além da tarifa paga pelo usuário existe uma contraprestação pecuniária por parte do poder concedente. Na modalidade administrativa a contraprestação é realizada pelo poder concedente sem tarifa paga pelo usuário (Lei n. 11.079/04 e Lei n. 8.987/95).

Em razão da impossibilidade de tarifa paga pelo usuário, no Sistema Único de Saúde (SUS), a parceria público-privada somente é possível na modalidade administrativa, como é o caso do Hospital do Subúrbio de Salvador, no Estado da Bahia.

Importante destacar, ainda, as chamadas **entidades paraestatais**, que para Di Pietro (2016, p. 600) são “pessoas jurídicas de direito privado, instituídas por particulares, com ou sem autorização legislativa, para atividades privadas de interesse público, mediante fomento e controle pelo Estado”.

Mazza (2012, p. 162) destaca que “o nome paraestatais significa literalmente entidades que atuam ao lado do Estado (do grego pára, lado). A ideia central do conceito remete a pessoas privadas colaboradoras da Administração Pública”.

As entidades paraestatais são aquelas estabelecidas por corporações profissionais e por serviços sociais autônomos. As corporações profissionais são pessoas jurídicas de direito público, mas não integram o Estado em razão de que suas competências se limitam a regulamentar, fiscalizar e desenvolver a profissão. Os Serviços Sociais são pessoas jurídicas de direito privado, criados por lei, sem finalidade econômica, não integrante da administração pública, atuando em colaboração com o Poder Público em atividades de interesse coletivo e utilidade pública, sem subordinação hierárquica (CUNHA JUNIOR et al, 2012).

Um exemplo de paraestatal atuando na área da saúde é o PROSAÚDE, no Estado do Acre. O PROSAÚDE⁴ é uma entidade paraestatal de direito privado que tem como finalidade prestar serviços de assistência à saúde de forma gratuita, em todos os níveis, e desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público através de contrato de gestão (ACRE, Lei n. 2.031/08).

As formas centralizadas e descentralizadas de gestão adotada pelo Estado são objeto de constantes discussões por dois aspectos: pela ausência de uma prestação de serviços que possam dar respostas às demandas da sociedade e acerca do tamanho e o papel que esse mesmo Estado deve desempenhar.

Na área da saúde essa discussão se torna mais latente uma vez que a Constituição de 1988 estabelece o direito à saúde, consubstanciada como direito de todos e dever do Estado (art. 196), com a participação da comunidade (art.198).

A regulamentação do direito à saúde, como exposto na norma fundamental, encontra-se presente na Lei n. 8.080/90, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

⁴ O PROSAÚDE não será objeto de estudo nesta pesquisa.

correspondentes e na Lei Federal n. 8.142/90, que estabelece a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A inserção dos direitos a saúde estabelecida na Constituição vigente representa a conquista da sociedade por um modelo de sistema de saúde Beveridgiano – Sistema Único de Saúde (SUS) –, que se constitui pela prestação de serviços de saúde prestados diretamente pelo Estado, tendo como destinatários todos os cidadãos, sendo financiado através de impostos e contribuições sociais (BOSCHETTI, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas ações executadas direta ou indiretamente pela União, Estados e Municípios, distribuídas de forma regionalizada e hierarquizada, contando com a atuação de natureza complementar da iniciativa privada e a participação da comunidade por meio de conselhos e conferências de saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90).

Essa conquista da sociedade se contrapõe a um movimento já existente, à época da promulgação da Constituição de 1988, sobre a necessidade de reforma do Estado, que se contrapõe às formas de gestão estabelecidas pela administração pública, apoiando-se na justificativa de ineficiência dos serviços prestados à sociedade, sendo representado de forma mais incisiva pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRA), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) do Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

A reforma proposta se alicerçou em três dimensões: uma institucional, outra cultural, e uma terceira, de gestão, que em seu bojo estabelecia a concepção de transformar os serviços sociais prestados pelo Estado em organizações públicas não estatais que pudessem ser financiadas pelo orçamento do Estado e supervisionadas através de contrato de gestão (BRESSER-PEREIRA, 2000).

A reforma então se propõe a modificar a Administração Pública nos moldes que ela se apresenta, qual seja, em sentido subjetivo, formal ou orgânico, designando os entes que exercem as atividades administrativas, que considera os sujeitos que exercem a atividade administrativa; em sentido objetivo, material ou funcional, designando a natureza da atividade exercida pelos referidos entes, compreendendo as atividades exercidas pelas pessoas jurídicas, órgãos e agentes que têm como função precípua atender as necessidades coletivas (DI PIETRO, 2016).

Nesse sentido é que no bojo do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRA), em que se discutiu a necessidade de reforma do Estado, surgiram as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

As Organizações Sociais (OS) são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para atividades de relevante valor social, criadas por iniciativas de particulares segundo modelo previsto em lei, reconhecidas, fiscalizadas e fomentadas pelo Estado (MODESTO, 1997).

São criadas por particulares para atuarem nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, tendo um órgão de deliberação superior com representantes do Poder Público. As atribuições, responsabilidades e obrigações são pactuadas através de contato de gestão (DI PIETRO, 2016).

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) são as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por Lei e assim possam qualificar-se (Lei n. 9.790/99); “são ONGs, criadas por iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo Poder Público ao comprovar o cumprimento de certos requisitos, especialmente aqueles derivados de normas de transparência administrativas” (CONASS, 2011).

Diferentemente das Organizações Sociais, as atribuições, responsabilidades e obrigações são pactuadas através de Termo de Parceria, e não Contrato de Gestão. A habilitação da pessoa jurídica de direito privado como OSCIP se dá de forma vinculada perante o Ministério da Justiça, e sua área de atuação é mais abrangente do que as Organizações Sociais, como, por exemplo, na promoção do voluntariado (Lei n. 9.790/99, art. 3º, inciso VII).

O quadro 2 a seguir apresenta um comparativo entre Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Quadro 2. Quadro comparativo de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)

Organizações Sociais	Oscips
Lei n. 9.637/98	Lei n. 9.790/99
Exercem atividades de interesse público anteriormente desempenhadas pelo Estado	Exercem atividades de natureza privada
Contrato de Gestão	Termo de parceria
A outorga é discricionária	A outorga é vinculada
A qualificação depende de aprovação do Ministério de Estado ligado à área de atuação da entidade	A qualificação é outorgada pelo Ministério da Justiça
Podem ser contratadas por dispensa de licitação	Não há previsão legal de contratação direta sem licitação
Devem realizar licitação para contratações resultantes da aplicação dos recursos e bens repassados diretamente pela União	Devem realizar licitação para contratações resultantes da aplicação dos recursos e bens repassados diretamente pela União
Estão proibidas de receber qualificação de Oscips	Não há previsão legal equivalente

Extraído de:MAZZA, 2012.

Embora haja várias formas de gerência administrativa que são utilizadas nas unidades de saúde, essas são alvos de constantes críticas.

Em relação à forma de gerência realizada por intermédio da administração direta, a crítica que se apresenta pode ser retratada pelo posicionamento de Nogueira (2011, p. 36), para quem “as unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acaba por comprometer sua efetividade”. Essa efetividade se relaciona diretamente com a aquisição de insumos e equipamentos que impedem a desejada qualidade dos serviços prestados à sociedade.

Ao analisarmos as críticas à gerência realizada pela administração direta, é possível identificar que a solução de todos os males de gerência apresentados pelos gestores é a descentralização, inculcando no imaginário da sociedade que a efetividade e a eficiência somente podem ser alcançadas através dessa forma. Os investimentos no planejamento das ações e serviços de saúde e nos servidores que integram a administração não são prioridades para ditos gestores, que desejam na realidade diminuir o tamanho do Estado e suas responsabilidades.

Nesse sentido é que as atribuições administrativas vêm sendo outorgadas através do processo de descentralização, que é a transferência de poderes e atribuições para um sujeito de direito distinto e autônomo, ou seja, existem duas pessoas, entre as quais se dividem as competências.

Tobar (1991, p. 27) destaca que o termo descentralização é apresentado de diversas formas pelos autores, apresentando como características comuns:

- a) sua aplicação sugere pensar no fortalecimento da esfera local;
- b) o problema da descentralização é de caráter político, a implementação eficaz e eficiente do mesmo é de caráter administrativo;
- c) o processo em si não é possível de se realizar de forma isolada e só é viável dentro do marco de um processo geral de reforma;
- d) a conceitualização dicotômica centralização versus descentralização não tem poder explicativo sobre os dados empíricos.

O conceito de descentralização destaca as ideias de redistribuição de poder do Estado, separação entre as competências administrativas, existência de autoridades eleitas democraticamente e a efetiva participação social, sendo importante destacar que centralização e descentralização totais somente existem na teoria (BERENGER, 1996).

A descentralização pode facilitar de maneira significativa a participação da sociedade nas decisões, contribuindo para o processo de democratização do Estado e do planejamento. Fortalece o poder local de forma a ampliar as oportunidades do cidadão na escolha da melhor alternativa a ser seguida para a efetivação dos serviços públicos (BUARQUE, 2002).

Fonseca e Campos (2012, p. 3) destacam que

Um modelo descentralizado implica uma pluralidade de atores decidindo de forma delegada com maior chance de alinhamento da decisão às suas necessidades, desta forma, podendo ampliar indiretamente a autonomia. Porém, autonomia, se define melhor pelo processo decisório cotidiano e pela ausência de interferência de outros atores. Sendo assim, a autonomia também pode ser infringida por uma interferência não-formal em um contexto de relações de poder. Autonomia, primeiramente se refere à discricionariedade de um agente para a tomada de decisão acerca dos assuntos afetos à sua responsabilidade.

Por ser a descentralização uma decisão eminentemente política, a decisão da figura jurídica mais adequada para assumir as competências administrativas também é política. Desse modo essa deve ser baseada na real necessidade de descentralizar os serviços, na capacidade de descentralizar sem implicar a perda da capacidade de direção do Poder Público, a natureza da atividade e o regime jurídico aplicável, as forças

políticas que possam dar sustentação ao Poder Executivo incluindo a capacidade de governança, com instrumentos adequados de controle e na possibilidade de efetivo exercício do controle social (CUNHA et al, 2012).

No entanto as formas de gerência de unidades de saúde descentralizadas também são alvo de severas e fundamentadas críticas. Em relação à descentralização por intermédio de autarquias ou fundações de direito público, as críticas são as mesmas relacionadas à administração direta em razão de que estão submetidas ao mesmo regime jurídico-administrativo; quanto às fundações de direito privado, as organizações sociais e as organizações da sociedade civil de interesse público, as críticas se baseiam no argumento de que se estaria privatizando a saúde, insurgindo-se ainda os trabalhadores de saúde em razão de que essa forma elimina concurso público para contratação de pessoal, abrindo um precedente para o clientelismo e a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos. A contratação sem concurso possibilita o fortalecimento de “currais eleitorais” nos estados e municípios e contraria o ingresso de trabalhadores da saúde de forma transparente, além de não assegurar direitos trabalhistas e previdenciários o que resulta na precarização do trabalho (CORREIA e PRÉDES, 2009).

Assunção e Brito (2011, p.197), ao debaterem o tema, afirmam que a gestão do trabalho depara-se com o problema da precarização, que se originou de vínculos flexíveis de trabalho autorizados pelo Estado, a fim de suprir o aporte de trabalhadores, tanto no âmbito federal, quanto no estadual e, mais especialmente, municipal, devido à adoção do modelo assistencial proposto na implantação do SUS.

A contratação de trabalhadores, pelas normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), estabelece um vínculo de emprego frágil uma vez que os trabalhadores podem ser demitidos a qualquer momento pelo empregador. Também é verdade que os profissionais contratados não precisam se submeter a concurso público, podendo ser um fator a interferir até mesmo na qualidade de prestação dos serviços.

Os defensores das formas de gestão descentralizadas por intermédio de fundações de direito privado, organizações sociais e organizações da sociedade civil de interesse público, afirmam que não se trata de uma privatização da saúde, considerando que existe um contrato de gestão ou termo de parceria em que o Estado tem controle nos serviços prestados. Destacam que se trata de uma alternativa de gerência de unidades de saúde que têm como uma de suas principais justificativas a limitação imposta pela Lei

de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000) no tocante a limites para despesas com pessoal⁵. Acrescentam que essas formas representam uma agilidade na contratação de bens e serviços e a contratação de pessoal através das normas da Consolidação das Leis do Trabalho representa a agilidade necessária para o enfrentamento das questões que se apresentam rotineiramente nas unidades de saúde.

Bravo (2011, p.185), contrapondo-se as Organizações Sociais, afirma que “a importância da manifestação contra as Organizações Sociais se insere na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição de 1988, voltado para os interesses da população, e não para sua privatização”.

Contudo, Santos (2010, p. 24) destaca que “os modelos jurídicos tradicionais – autarquias e a fundação de direito público –, não são mais capazes de dar conta de atuar em uma Administração Pública crescente na medida do aumento da população – 190 milhões de cidadãos. Há uma profunda insatisfação do cidadão em relação aos serviços públicos...”. Nesse sentido e em se contrapondo às Organizações Sociais (OS) e às Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) –uma vez que não integrantes da estrutura do Estado–, defende a criação de Fundações Estatais, cujo Projeto de Lei n. 92/2007, que tramita no Congresso Nacional, destaca que as Fundações Estatais seriam consideradas como entidades sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, instituída pelo Poder Público, com autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio e receitas próprias. Estaria submetida à gestão dos órgãos de direção ou gerência, conforme dispuser o seu estatuto, e instituída em área não exclusiva de Estado, tais como: educação, ciência e tecnologia, cultura, meio-ambiente, desporto, turismo, comunicação, previdência complementar, assistência social, saúde, dentre outras. Não seria mantida pelo Poder Público e não integraria o Orçamento Geral da União, tendo receitas constituídas pelas rendas da prestação de serviços ao Poder Público, do desenvolvimento de suas atividades e de doações. A relação com o Poder Público seria através de um contrato de gestão; e o regime de pessoal, o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e não estatutário como os servidores públicos. Poderia editar regulamento próprio, devidamente publicado, ficando sujeita às

⁵Lei Complementar 101/2000. **Art. 19.** Para os fins do disposto no *caput* do art. 169 da Constituição, a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados: I – União: 50% (cinquenta por cento); II – Estados: 60% (sessenta por cento); III – Municípios: 60% (sessenta por cento).

disposições da lei, à semelhança do que ocorre com as sociedades de economia mista e empresas, para fins de licitação.

4.2. Participação da comunidade

A participação da comunidade ou participação popular se verifica no Brasil através de diversos mecanismos, como o orçamento participativo e os Conselhos de Saúde (municipal, estadual e nacional). O que se objetiva com a participação é possibilitar a discussão com a administração pública das políticas públicas que devem ser desenvolvidas para atingir os anseios da sociedade em todas as áreas em que o Estado atua.

O Estado foi concebido para atender à coletividade e não ao desejo de governantes ou até mesmo de uma parcela de governados. Não é demais lembrar, como bem ensina Mazza (2012, p. 79) que a administração pública deve observar como princípios basilares o da supremacia do interesse público sobre o interesse privado – “os interesses da coletividade são mais importantes que os individuais” –, e o da indisponibilidade do interesse público – “os agentes públicos não são donos do interesse por eles defendido”.

A participação popular é uma força que pode influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social e incrementar a legitimidade do exercício do poder, na medida em que contribui para submeter o Estado às reais necessidades e aos interesses do povo e se apresenta como alternativa ao mero exercício formal da democracia (VALLA 1998; GAVRONSKI, 2003).

Para Bravo e Menezes (2011, p. 30) “a participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado, ou seja, a proposta é transformar o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, através da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço”.

Nesse sentido a participação social tem um conteúdo mais abrangente do que o controle social, considerando que esse trata de apenas uma das funções da participação; estando aquele mais ligado à ideia de fiscalização e de deliberação (CARVALHO, 1995; GAVRONSKI, 2003).

Oliveira et al (2013, p.2330) afirmam que “o Controle social é um conceito originado nas Ciências Sociais e está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem, a partir dos valores, das normas e dos comportamentos”.

A participação é o caminho para a construção da cidadania, considerando que com a participação dos cidadãos se rompe com o modelo de centralização do poder, que é característico dos regimes autoritários. Contudo, o simples fato de existir legislação que garanta sua institucionalização não é condição suficiente para a garantia da sua efetividade (ROCHA, 2009).

Na Constituição de 1988 é importante destacar dois momentos em que se assegura a participação da sociedade.

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

.....
 § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII;

III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública. (Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional n. 19, de 1998).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

.....
 III - participação da comunidade

Na área da saúde a participação é regulamentada através da Lei n. 8.142/90, que estabelece a Conferência e os Conselhos de Saúde (art. 1º). As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm importância fundamental na efetivação da participação e do controle social considerando que nessas arenas de discussão se busca atuar e influenciar nas políticas de saúde que são efetivadas para a sociedade.

A Conferência de Saúde se realiza a cada quatro anos, com a participação dos segmentos sociais com o objetivo de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (Art. 1º, § 1º, Lei 8.142/90).

Os Conselhos de Saúde estão distribuídos nas três esferas governamentais - o Conselho Nacional de Saúde (Federal), o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde. A Composição do Conselho Nacional de Saúde está previsto no art. 4º da Resolução n. 291, de 6 de maio de 1999, do Conselho Nacional de Saúde, nos seguintes termos:

Art. 4º O CNS é composto por quarenta e oito membros titulares, sendo:

I - cinquenta por cento de membros representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, eleitos em processo eleitoral direto; e

II - cinquenta por cento de membros representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais com atividade na área de saúde, todas eleitas em processo eleitoral direto, bem como de representantes do governo, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, todos indicados pelos seus respectivos dirigentes.

.....

A Resolução n. 453 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de maio de 2012, estabelece as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, a primeira Diretriz da Resolução destaca que o

Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n. 8.142/03 (Resolução 453/2012, Primeira Diretriz).

A segunda diretriz destaca que a criação do Conselho é estabelecida por norma Federal, Estadual ou Municipal, respeitando-se a Lei n. 8.142/90 (Resolução 453/2012, Segunda Diretriz). Na terceira diretriz se estabelece a organização dos Conselhos de Saúde e sua composição nos seguintes termos:

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs (sic) as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;

c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

.....

Diante do arcabouço legal se observa que a participação da comunidade não é concessão, é antes de tudo uma conquista da sociedade que se torna plena quando o cidadão decide, acompanha e avalia a organização dos serviços. Essa participação institucionalizada estabeleceu a inclusão de uma série de novos atores no debate – não necessariamente garantindo-lhe a participação no cotidiano do sistema –, dos seus poderes e também suas responsabilidades (COELHO, 2012).

Ocorre que essa participação, embora garantida, seja na Constituição, seja através de normas de caráter obrigatório, necessita de uma decisão política que a favoreça de modo a permitir o compartilhamento das decisões com vistas a proporcionar ações e serviços de saúde voltados para o interesse da comunidade, alicerçado pelo saber dos representantes e representados, bem como do papel do conselho e de cada conselheiro.

Nas palavras de Jacobi (2002, p. 452) “os desafios para ampliar a participação estão intrinsecamente vinculados à predisposição dos governos locais de criar espaços públicos e plurais de articulação e participação, nos quais os conflitos se tornam visíveis e as diferenças se confrontam como base constitutiva da legitimidade dos diversos interesses em jogo”.

Isso porque o processo de participação não se concretiza apenas na escolha dos representantes para comporem os conselhos. Um processo eleitoral que efetive e legitime a representação – uma vez que o modo de escolha dos representantes influencia na credibilidade destes –, e o aporte de conhecimentos que promovam a participação igualitária dos conselheiros – considerando que o conhecimento é necessário para a tomada de decisão sem a qual não é possível a população fiscalizar e avaliar os serviços e estabelecer uma melhoria na saúde –, são fatores essenciais para a efetiva participação da comunidade (OLIVEIRA et al, 2013; COELHO, 2012).

Considerando que a participação se materializa nos Conselhos, Carvalho (2007, p. 56) alerta que é preciso não ter a ilusão de que todos estejam funcionando bem e que sua composição esteja democraticamente respeitando a paridade. Destaca que a avaliação destes é permeada por dois movimentos. Aqueles que funcionam bem e aqueles que apresentam dificuldade e distúrbios dentre os quais destaca:

- a) a confusão do papel da participação da comunidade enfocando exclusivamente o controle e perdendo de vista a ação propositiva;
- b) descumprimento contumaz da legislação existente, deficiente; representação errada dos vários segmentos legais;
- c) os 25% dos profissionais de saúde nos conselhos e conferências de legalidade controversa; conselheiros do segmento de usuários e profissionais escolhidos pelo gestor, prefeito e secretários;
- d) despreparo técnico em saúde de gestores, profissionais, prestadores e de cidadãos usuários; despreparo em técnicas relacionais e de negociação; desrespeito a decisões do Conselho;
- e) falta de reuniões; discussão nos conselhos de apenas pequenas questões e periféricas já que as grandes não passam por lá; falta de informações gerais, de saúde, de conteúdo e de financiamento;
- f) não prestação de contas pelo gestor nem ao Conselho, nem em audiência pública trimestral nas Assembleias Legislativas e nas Câmaras Municipais;
- g) posição corporativa de membros do Conselho não só de servidores, mas da corporação de usuários, prestadores e até mesmo de administradores públicos;
- h) confusão entre o papel de deliberação com o de execução que não é do Conselho;
- i) não homologação do executivo das deliberações do Conselho;

j) conferências de saúde precisando ser reformuladas quanto ao conteúdo, ao desenrolar, aos tempos e às participações (CARVALHO, 2007).

A participação da comunidade é fundamental, mesmo com as dificuldades vivenciadas no tocante à discussão do papel dos conselhos em que o “poder deliberativo com frequência se transforma na prática em função consultiva ou até mesmo legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes e sua efetiva representatividade” (DAGNINO, 2002, p. 283).

Outro aspecto que ainda se deve considerar em relação à participação da comunidade se relaciona ao modelo de representação eleitoral nos conselhos de saúde que, para Bispo Júnior e Gerschman (2015, p.183), “demonstra-se insuficiente e inadequado para contemplar os novos formatos participativos” e que “para as instâncias participativas – como o próprio nome evoca – a representatividade só pode ser assegurada mediante o envolvimento e a participação da população”⁶.

⁶A discussão sobre a representatividade dos conselheiros de saúde não será objeto de discussão na presente pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Fonte inspiradora da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira

Considerando o cenário vivenciado pelo Estado do Acre e por todo o Brasil em relação à gerência de unidades de saúde assistenciais, o governador determinou a discussão de um modelo, de modo que as unidades de saúde pudessem ter autonomia administrativa e financeira, deixando de ter total dependência da Secretaria de Estado de Saúde para resolver os problemas mais elementares (E1gestor). Essa necessária autonomia indicada pelo governador é apontada ainda por diversos informantes-chave.

A centralização financeira e administrativa levava a uma relação de absoluta dependência para com a SESACRE... (E3 gestor)

...antes do processo de descentralização que você não tinha nenhum processo de planejamento, dependiam tudo da secretaria, não tinha autonomia nenhuma e era abastecidas de forma aleatória...(E4gestor)

...era estar lá no secretário de saúde, estar lá todo dia pedindo no pires, assim olha nós estamos precisando disso, estamos precisando disso (E12usuário)

Em razão da experiência de ter sido Secretário de Estado de Educação do Estado do Acre, o governador indicou como fonte de inspiração o Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), previsto na Lei Estadual n. 1.513/03 e na Lei Federal n. 11.947/09, que apresenta em seu art. 22 o objetivo de

prestar assistência financeira, em caráter suplementar, às escolas públicas da educação básica das redes estaduais, municipais e do Distrito Federal, às escolas de educação especial qualificadas como beneficentes de assistência social ou de atendimento direto e gratuito ao público, às escolas mantidas por entidades de tais gêneros e aos pólos presenciais do sistema Universidade Aberta do Brasil - UAB que ofereçam programas de formação inicial ou continuada a profissionais da educação básica, observado o disposto no art. 25, passa a ser regido pelo disposto nesta Lei (Lei Federal n. 11.947/09, art.22).

Os recursos do programa são destinados à aquisição de material permanente, a realização de pequenos reparos, adequações e serviços necessários à manutenção, conservação e melhoria da estrutura física da unidade escolar, à aquisição de material de consumo, à avaliação de aprendizagem, à implementação de projeto pedagógico e no desenvolvimento de atividades educacionais (Lei n. 11.947/09, art.23).

A assistência financeira é concedida mediante crédito do valor devido em conta bancária específica diretamente à unidade executora própria, que representa a comunidade escolar, ou àquela qualificada como beneficente de assistência social ou de atendimento direto e gratuito ao público. Em não existindo unidade executora própria, o repasse é efetivado diretamente ao Estado, ao Distrito Federal ou ao Município do estabelecimento de ensino. É de se observar que, para a transferência dos recursos financeiros do PDDE, é facultada a celebração de termo de convênio, acordo ou contrato, ou seja, não existe obrigatoriedade da assinatura de um instrumento formal para a efetivação do repasse. (Lei n. 11.947/2009, art.22º §2º, I e II).

As definições de Entidades Executoras (EEx), Unidades Executoras (UEEx) e Entidades Mantenedoras (EM) estão destacadas no parágrafo único do art. 3º da Resolução/CD/FNDE n. 4, de 17 de março de 2009 do Ministério da Educação.

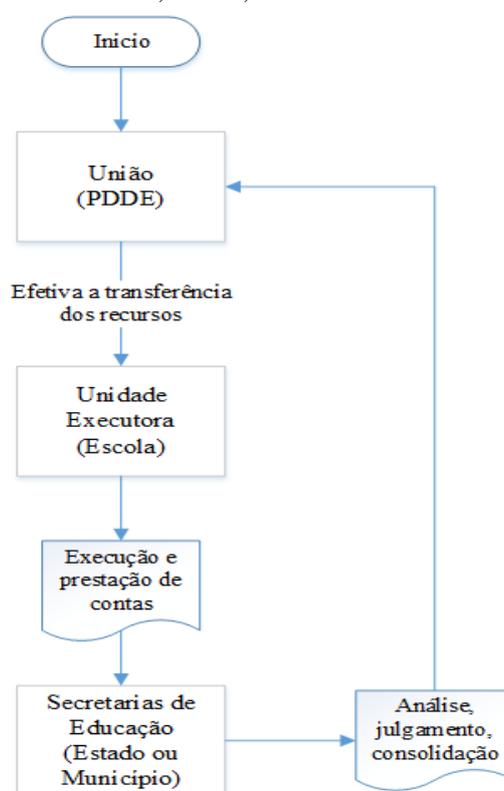
Art. 3º -
 Parágrafo único - Por Entidade Executora (EEx), Unidade Executora (UEEx) e Entidade Mantenedora (EM) entende-se o órgão ou instituição responsável pela formalização dos processos de adesão e habilitação e pelo recebimento, execução e prestação de contas dos recursos transferidos que, na forma desta Resolução, compreende:
 I - Entidade Executora (EEx) - prefeituras municipais e secretarias de educação distrital e estaduais, responsáveis pelo recebimento, execução e prestação de contas dos recursos destinados às escolas públicas que não possuem UEEx;
 II - Unidade Executora (UEEx) - entidade sem fins lucrativos, representativa das escolas públicas, integrada por membros das comunidades escolar e local, comumente denominada de caixa escolar, associação de pais e mestres, conselho escolar, círculo de pais e mestres etc., constituída para receber, executar e prestar contas dos recursos destinados às referidas escolas; e
 III - Entidade Mantenedora (EM) - entidade sem fins lucrativos, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) como beneficente de assistência social, ou de atendimento direto e gratuito ao público, responsável pelo recebimento, execução e prestação de contas dos recursos destinados às escolas privadas de educação especial.

A prestação de contas dos recursos recebidos pelas unidades executoras é realizada diretamente aos Municípios e às Secretarias de Educação a que estejam vinculadas, que se encarregam da análise, julgamento, consolidação e encaminhamento ao Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE).

A execução dos recursos transferidos para as escolas que não tenham unidades executórias próprias é realizada pelos Municípios ou pelo Estado, que prestam contas diretamente ao FNDE, observadas as respectivas redes de ensino (Lei n.11.947/2009, art. 26).

O fluxo de transferência de recursos do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) do governo federal pode ser demonstrado pela figura 2.

Figura 2. Fluxo de transferências de recursos financeiros do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) do governo federal, Brasil, 2009.



Fonte: BRASIL. Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009.

O Estado do Acre também tem a previsão de transferência de recursos financeiros para as escolas através da Lei Estadual n. 1.201, de 23 de julho de 1996, que em seu art. 1º estabelecia os princípios da gestão democrática do Sistema de Ensino Público do Estado do Acre e em seu bojo representava os mesmos moldes do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE) do governo federal. Essa norma foi revogada pela Lei Estadual n. 3.141, de 22 de julho de 2016, que “dispõe sobre a gestão democrática das unidades escolares da rede pública estadual de educação básica do Acre”.

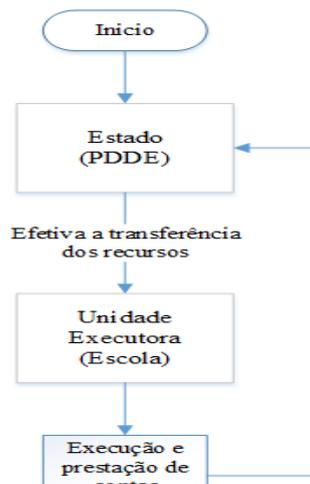
Ao se realizar uma comparação entre a Lei Federal e a Lei do Estado do Acre que trata do PDDE, a única diferença que se apresenta é que esta, em vez de definir a entidade a receber os recursos financeiros como Unidade Executora Própria (UEX), define-a como Comitê Executivo.

Art. 50. Em todas as unidades escolares da rede pública estadual de educação básica poderá funcionar um comitê executivo, instituído no âmbito da entidade de direito privado, sem fins lucrativos, constituída por profissionais da educação, pais e alunos, que atuará na condição de unidade executora e de apoio à direção e ao conselho escolar, com a finalidade exclusiva de receber, executar e prestar contas dos recursos destinados às referidas escolas.

Art. 52. Compete ao comitê executivo: I – receber os recursos destinados à escola; II – executar os planos de ações financiáveis contidas no PDE; III – realizar os processos destinados à aquisição de bens e serviços no âmbito da escola; IV – apresentar ao conselho escolar e à SEE, semestralmente, relatório de prestação de contas dos recursos recebidos e gastos nos processos destinados à aquisição de bens e serviços, na forma e prazo previstos na legislação; V – informar a relação de bens adquiridos pela escola e que devem ser patrimoniados ao setor responsável da SEE, em até quinze dias após o recebimento dos mesmos; e VI – responder civil, administrativa e criminalmente, junto a quem de direito, por desvio de recursos e/ou ausência de prestação de contas (Lei Estadual n.3.141/16)

O fluxo de transferência de recursos previstas na norma estadual pode ser demonstrado na figura 3.

Figura 3. Fluxo de transferências de recursos financeiros – Programa Dinheiro Direto na Escola do Estado do Acre. (PDDE-Estadual)



Fonte: ACRE, Lei n. 3.141, de 22 de julho de 2016.

Melo (2010, p. 124), analisando a Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Educação do Estado do Acre implementada pela Lei Estadual n. 1.201, de 23 de julho de 1996, destacou que

Algumas propostas da nova gestão pública estão presentes na gestão educacional, como a descentralização numa concepção que enfatiza ganhos de eficiência e efetividade, reduz custos e aumenta o controle e a fiscalização dos cidadãos sobre as políticas públicas, além de desresponsabilizar o Estado de parte de suas obrigações com os serviços sociais.

Nesse sentido é possível identificar que na área da educação o Estado do Acre já havia implementado desde o ano de 1996 um modelo descentralizado de gestão, com a participação da comunidade através dos conselhos escolares, sendo um modelo existente quando da discussão da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira, há mais de 11 anos.

A implantação desse modelo gerencial pressupõe um necessário processo de aprendizado dos atores envolvidos, considerando que se trata de um modelo pensado dentro de parâmetros do poder local, de modo que os cidadãos estariam a controlar os serviços públicos (MELO, 2010).

É importante destacar que o modelo de gestão para a educação implementada pelo Estado do Acre não fez mais que replicar o modelo adotado pela União para transferir recursos diretamente para a escola e que inexistem questionamentos sobre a legalidade de tais procedimentos por parte de qualquer órgão de controle interno ou externo da administração pública.

5.2 O modelo de gerência de unidades de saúde do Estado do Acre

Inspirado no Programa de Dinheiro Direto na Escola (PDDE) e levando em consideração as normas relativas ao Sistema Público de Saúde no Brasil, em especial a Lei n. 8.080/90 e a Lei n. 8.142/90, a Secretaria de Estado de Saúde do Acre construiu uma minuta de Lei a ser discutida com todos os segmentos da sociedade. As discussões foram realizadas nas unidades de saúde assistenciais geridas pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre em todos os 22 municípios do Estado com a participação de usuários, gestores, trabalhadores e representantes da sociedade civil organizada.

Os debates tinham dois propósitos: primeiro, coletar sugestões para serem inseridas ou excluídas na minuta apresentada pela SESACRE; segundo, a indicação pela unidade de saúde de representantes para participarem de um Fórum de discussão da norma no qual se construiu uma proposta final para a Lei de Gestão.

...a lei partiu de uma ampla discussão com a comunidade, a construção desse instrumento a partir de uma rodada estadual, ...apontou-se a necessidade de descentralização da gestão desse sistema para que ele tivesse capacidade resolutiva maior e logicamente atender as necessidades do usuário (E2 gestor).

A Lei de Gestão Democrática foi discutida em cada município onde havia unidade hospitalar vinculada à secretaria de saúde, ...então mobilizou o segmento do usuário, o segmento do trabalhador e a gestão para discutir uma proposta de lei e aí cada plenária dessa apresentava suas proposições que eram trazidas para Rio Branco para a secretaria para condensar e depois numa plenária maior, envolvendo todos os representantes de todo o estado discutir a proposta a ser encaminhada para a Assembleia que teve o acompanhamento também jurídico da Procuradoria Geral do Estado para formulação dessa proposta de lei a ser encaminhada do executivo para o legislativo (E4 gestor).

O Fórum, nos moldes de uma Conferência Nacional de Saúde, se realizou em maio de 2007, tendo como resultado ao final uma minuta da Lei de Gestão discutida e aprovada, que em seguida foi encaminhada ao Chefe do Poder Executivo, para análise e posterior encaminhamento à Assembleia Legislativa do Estado do Acre.

Recebida a minuta, o governador enviou à Assembleia Legislativa do Estado do Acre a mensagem governamental de n. 106, de 3 de julho de 2007 (Projeto de Lei n. 32/2007), mantendo a integralidade da proposta de Lei discutida e aprovada no citado Fórum. Na mensagem ainda é possível identificar a preocupação em respeitar a Constituição Federal de 1998, mais especificamente em relação às diretrizes impostas de descentralização da gestão, da integralidade do atendimento e de participação da comunidade.

A mensagem aponta que o Sistema de Saúde do Acre passava a ter mudanças significativas com a Lei tendo em vista que estabelecia “mudanças significativas nas relações de poder e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a Sociedade” (Mensagem de n. 106, de 3 de julho de 2007).

A descentralização que a mensagem se refere é aquela estabelecida como uma das diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que também está prevista na Lei n. 8.080/90.

A integralidade do atendimento apontada na mensagem governamental indica a necessidade de obediência a este outro princípio basilar do SUS, indicado no art. 7º, inciso II, da Lei n. 8.080/90.

“Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

.....
 II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Ainda é possível destacar na mensagem o desejo da participação da comunidade, mesmo com contornos diferenciados da Lei n. 8.142/90 que também estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS.

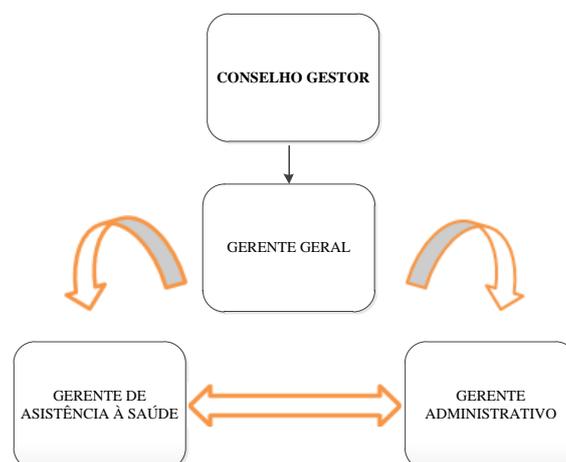
O Projeto de Lei n. 32/2007 enviado à Assembleia Legislativa sugere a aprovação de uma norma intitulada “Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre”. Ao analisar a norma aprovada, é possível se constatar que o correto teria sido intitulá-la como “Lei de Gerência de Unidades de Saúde do Estado do Acre” em razão de que na realidade a norma trata de gerência de unidades de saúde, e não da gestão do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre como um todo.

Aprovado o Projeto de Lei este deu origem à Lei n. 1.912/2007, distribuída em 8 capítulos e 34 artigos. Neste estudo, denominada apenas por Lei de Gestão, a norma foi concebida no sentido de atribuir a gerência das unidades de saúde de média e alta complexidade, subordinadas e vinculadas a Secretaria de Estado de Saúde do Acre, a um Conselho Gestor, entidade privada sem fins lucrativos, constituído por gestores, profissionais de saúde e usuários de saúde.

A Lei de Gestão definiu as unidades de saúde como aquelas que “prestam serviços assistenciais de atendimento ambulatorial, internações, procedimentos de diagnósticos, coleta e processamento de material biológico” (art. 8º, parágrafo único).

A estrutura administrativa das unidades de saúde assistenciais do Estado do Acre pode ser representada de acordo com a figura 4.

Figura 4. Estrutura Administrativa das Unidades de Saúde assistenciais, Acre, 2007.



Fonte: ACRE, Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, art. 5°.

O conselho gestor foi constituído por no mínimo quatro e no máximo oito membros, sendo 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores (ACRE, Lei n. 1.912/07, art. 9°), de modo a respeitar também a previsão contida na Lei Federal n. 8.142/90, em relação a paridade.

O quadro 3 apresenta as formas de ingresso para compor o conselho gestor da unidade de saúde, por segmento.

Quadro 3. Forma de ingresso para composição dos conselhos gestores, por segmento, Acre, 2007.

Segmento no Conselho Gestor	Forma de Ingresso
Gestor	Indicação do Secretário de Estado de Saúde
Profissionais de Saúde	Eleição (profissionais deveriam estar lotados na unidade de saúde a que desejavam concorrer)
Usuários de Saúde	Eleição após indicação das entidades de representação dos usuários e/ou da sociedade civil

Fonte: ACRE, Lei n.1.912, de 31 de julho de 2007, art. 10°.

Os gestores para compor o conselho foram indicados pelo gerente-geral da unidade de saúde, embora esse não integrasse o conselho gestor. Nesse segmento, o gestor que estava desempenhando a função de gerente administrativo da unidade de saúde exercia também a função de tesoureiro, por expressa previsão legal. (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 10, §2º).

Os profissionais de saúde, de qualquer área, lotados na unidade de saúde que desejasse participar do processo de eleição para integrar o conselho gestor, não poderia estar exercendo cargo ou função de confiança nas três esferas de governo (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 9º, §3º).

Os usuários de saúde deveriam estar em pleno gozo de seus direitos, devendo utilizar dos serviços da unidade de saúde, não podendo ser profissional de saúde, contratado para prestação de serviços com a SESACRE ou FUNDHACRE ou ainda ser detentor de cargo ou função de confiança nas três esferas de governo na área da saúde (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 9º, §2º).

É importante destacar que tanto no segmento dos trabalhadores como dos usuários se observa a vedação do candidato estar exercendo cargo ou função pública nas três esferas governamentais. A vedação sugere a busca por estabelecer uma autonomia nas decisões dos representantes desses dois segmentos no conselho.

As principais atribuições do conselho gestor que se destacam na Lei de Gestão são: a) desenvolver o PDUS – instrumento gerencial onde se estabeleciam as ações e serviços a serem prestados pela unidade de saúde; b) desenvolver o PTA – instrumento gerencial que estabelecia os recursos financeiros necessários para a execução das ações e serviços planejados no PDUS e, c) realizar prestação de contas em audiência pública dos recursos transferidos pela Secretaria de Estado de Saúde e das ações e serviços realizados com os referidos recursos (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 22).

Para realizar as transferências de recursos apontadas pela Lei de Gestão, foi enviada a mensagem governamental n. 108 de 3 de julho de 2007, (Projeto de Lei n. 33/2007), à Assembleia Legislativa do Estado do Acre pelo governador do Estado, tendo como objetivo estabelecer um programa de autonomia financeira para as unidades de saúde estaduais.

Com a aprovação do Projeto de Lei n. 33/2007, surgiu a Lei n. 1.910/2007 que “Institui o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais”, no Estado do Acre, que indica a busca pela transparência na destinação dos recursos públicos e de práticas gerenciais democráticas. As unidades de saúde beneficiadas pelo programa deveriam ter o conselho gestor em pleno funcionamento, para atuar como unidades executoras, recebendo, executando e prestando contas dos recursos transferidos (ACRE, Lei n. 1.910/2007, art. 2º).

Analisando-se os modelos de gerência de unidades de saúde no Brasil em relação à adotada pelo Estado do Acre, é possível identificar que o conselho gestor não está compreendido na **administração direta** porque não está subordinado diretamente ao chefe de nenhum dos poderes da União, Estado ou Município (Decreto-lei n. 200/67, art. 4º).

Em relação à **administração indireta**, o conselho gestor **não pode ser considerado**:

a) **autarquia** ou **fundação pública** porque não tem personalidade jurídica de direito público;

b) **fundação pública de direito privado** porque, embora as fundações de direito privado estejam submetidas ao Código Civil, se submetem a normas do direito público, como, por exemplo, concurso público e licitações, o que não ocorre com o conselho gestor;

c) **empresa pública** porque nesta, seu quadro societário é formado apenas por pessoas de direito público e em regra sua atuação envolve a prestação de serviços públicos ou o desenvolvimento de atividade econômica propriamente dita, enquanto que o conselho gestor é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, composta por usuários, profissionais de saúde e gestores;

d) **sociedade de economia mista**, por esta ser uma 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 à entidade da administração indireta (Decreto-lei n. 200/67, art. 5º, III), enquanto que o conselho gestor é uma entidade de direito privado criada para colaborar com o Estado na gerência das unidades de saúde.

Ultrapassadas as figuras jurídicas da administração direta ou indireta, é de se destacar que também não se afigura como uma parceria público-privada porque inexistente concessão de serviços públicos na modalidade patrocinada ou administrativa na relação do Estado com o conselho gestor.

No entanto, é possível delinear que o **conselho gestor**, por ser uma entidade privada sem fins lucrativos que foi criada com o objetivo de gerir as unidades de saúde em colaboração com o Estado, com a participação de gestores, usuários e profissionais de saúde, mais se amolda na **figura jurídica das entidades paraestatais**.

Di Pietro (2016, p. 600) afirma que as **entidades paraestatais** são “pessoas jurídicas de direito privado, instituídas por particulares, **com ou sem autorização legislativa**, para atividades privadas de interesse público, mediante fomento e controle pelo Estado.”

Como destacam Cunha Junior et al (2012), as **entidades paraestatais** são aquelas estabelecidas por corporações profissionais e por serviços sociais autônomos. Nesse sentido os conselhos gestores, por serem pessoas jurídicas de direito privado, criadas por lei, sem finalidade econômica, não integrantes da administração pública, atuando em colaboração com o Poder Público em atividades de interesse coletivo e utilidade pública, sem subordinação hierárquica, apresentam as características para serem consideradas entidades paraestatais.

Reforçando o entendimento de Cunha Junior et al (2012), Mazza (2012) destaca que o conceito de paraestatais remete a pessoas privadas colaboradoras da Administração Pública, como é o caso do conselho gestor. Em sendo considerados uma entidade paraestatal, os conselhos gestores poderiam realizar a contratação de pessoal, compras e controle dos recursos.

5.3 A implementação do modelo de gerência de unidades de saúde do Estado do Acre

A providência inicial para a implementação do modelo foi a composição dos conselhos gestores das unidades de saúde. Nesse sentido a SESACRE coordenou o processo de eleição, sendo que cada unidade de saúde estabeleceu uma comissão eleitoral para internamente coordenar o processo, para um mandato dos conselheiros de três anos, sendo permitida uma reeleição (ACRE, Lei n. 1.912/2007, arts.11 e 12).

A gente colocou nosso nome como conselheiro para fundação e aí na votação entre colegas que a gente estava naquele momento de escolha estávamos no momento certo no lugar certo e aí o que foi que aconteceu foi feito uma votação, foi feito uma eleição entre nós as próprias pessoas das entidades que estavam ali e meu nome passou ali como conselheiro da fundação (E10 usuário).

...levando em consideração que o conselho tem três segmentos que é dentre eles o de trabalhadores foi o qual eu participei e que fui eleito dentre eles e desse segmento que tem outros que é segmento gestão, segmento usuários, eu fui do segmento trabalhador (E14 trabalhador).

Bem, o conselho gestor eu fui convidada pelos colegas de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, me convidaram para participar do conselho gestor, fui então bem votada, tirei em primeiro lugar e depois houve outra votação essa para ser representante dos profissionais na maternidade aí votaram de novo para o conselho gestor fui escolhida, aí votaram de novo e tirei em primeiro lugar (E17 trabalhador).

A exceção feita em relação às eleições se observa no segmento dos gestores, cuja indicação, reitere-se, era realizada pelo gerente-geral da unidade de saúde (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 10, § 2º).

... uma das indicações da época do Conselho é que teria que ser o gerente administrativo, então eu já fazia parte como tesoureiro dentro da estrutura do conselho e na época eu era tesoureira e gerente administrativa e já foi nomeada, porque era nomeação nata, já era automático, como tesoureira (E13 gestão).

Uma vez efetivada a composição, o passo seguinte foi realizar o processo de eleição para o coordenador e secretário geral dentre seus membros e discutir e aprovar o estatuto do conselho gestor (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 15), para que se pudesse dar início às atividades com vistas a gerenciar a unidade de saúde. Nas unidades de saúde pesquisadas a coordenação geral ficou a cargo de profissionais de saúde, mesmo tendo os usuários a maioria dos membros do conselho gestor.

A fase inicial de gerenciamento da unidade consistiu na elaboração pelo conselho, com a participação de todos os setores da unidade, dos dois instrumentos gerenciais exigidos pela Lei de Gestão: o PDUS e o PTA.

Esses instrumentos gerenciais se apresentam importantes na medida em que “... havia o problema de não se saber ao certo o custo das unidades de saúde, o que dificultava a construção de planejamentos financeiros para a área” (E1 gestor).

Por serem instrumentos normalmente utilizados pela administração pública, é natural a dificuldade inicial de entendimento por parte, principalmente, dos usuários.

É que os usuários, em sua maioria, não têm o conhecimento técnico necessário para compreender os termos técnicos que são normalmente utilizados na área da saúde, sendo um item que dificulta a efetiva participação social e a distribuição do poder (Dagnino, 2002).

A ausência de conhecimento técnico, no entanto, não pode servir de argumento limitador da participação da sociedade nas ações e serviços de saúde.

É possível identificar, através das entrevistas com os informantes-chave, que a dificuldade inicial para a construção do PDUS e PTA foi sendo superada, dentre outros fatores, por um processo de capacitação de todos os conselheiros.⁷

A primeira dificuldade foi à questão de a gente entender para nós era tudo novo para toda a equipe era muito novo até para os gestores desse setor também era muito novo então nós tínhamos a dificuldade mais através dos gestores da unidade que iam passando para a gente as pautas e algumas orientações, algum tempo depois tivemos uma capacitação para conselheiro, tivemos uma formação para conselheiro, foi um dia inteiro de conversas de orientações de explicações como funcionava, como ia funcionar, qual era a função de cada conselheiro, o papel de cada conselheiro e a importância dele dentro do conselho...
... eu antes de participar desse movimento eu não sabia como era comprado agulhas, as seringas para injeção na unidade de saúde e isso a gente foi ao longo do tempo aprendendo como funcionava o controle de compras o controle de fornecimento de materiais para o setor da enfermagem (E8 usuário).

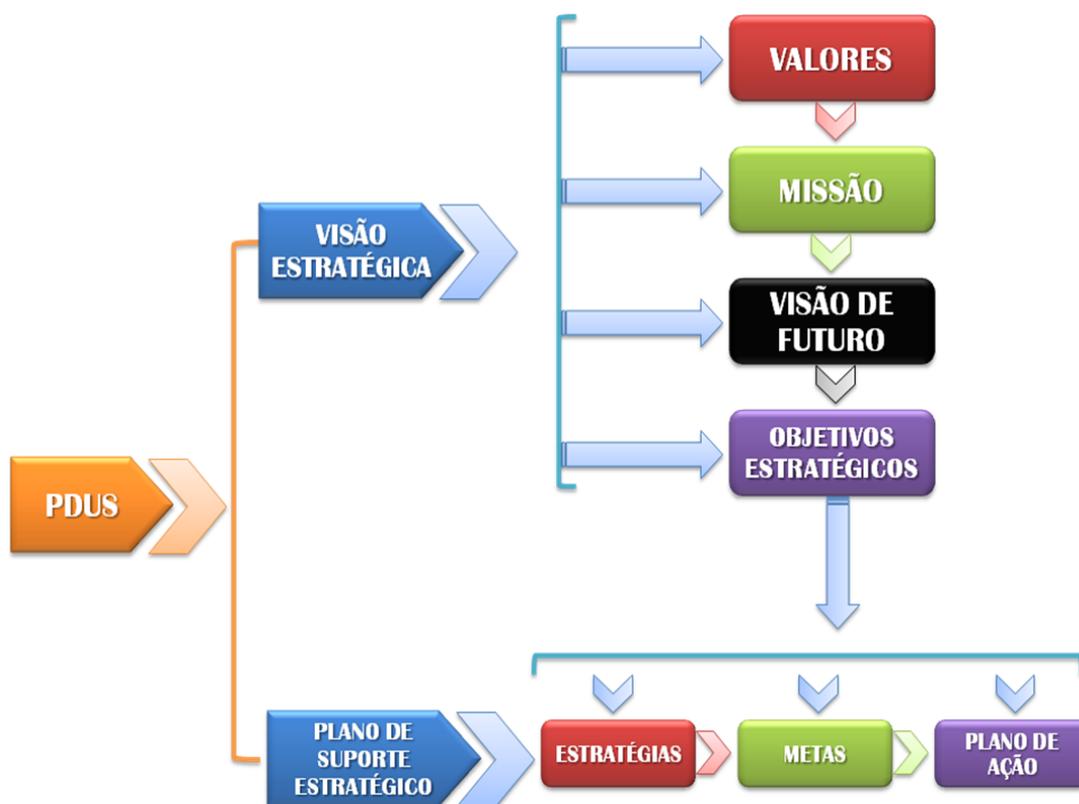
As dificuldades foi uma época muito boa, quase a gente não tinha dificuldade, assim um pouco de organização mesmo porque uma coisa nova, a gente tinha medo do novo mais a gente tinha muito apoio na época da secretaria, da equipe que foi formada para acompanhar este processo então todas as dúvidas tinha equipe para orientar, a gente conseguiu ter neste processo de implantação o controle, menos falta de material, porque a gente conseguia licitar então isso para gente foi mais difícil no começo, mais depois a gente conseguiu estabelecer todos os contratos, nós tínhamos menos falta de material (E13 gestão).

⁷Em julho de 2009 a Secretaria de Estado de Saúde editou a Cartilha do Conselheiro intitulada “Tecendo Cidadania”, contendo informações para os conselheiros titulares e suplentes dos conselhos gestores das unidades de saúde. Disponível para download em docslide.com.br/documents/tecendo-cidadania.html

O PDUS se constituiu no planejamento estratégico da unidade de saúde tendo a SESACRE construído um Manual – tendo por referência a obra “Como Elaborar o Plano de Desenvolvimento da Escola (PDE)⁸–, para auxiliar os conselhos gestores na implementação da Lei de Gestão.

O PDUS foi estruturado levando em consideração a visão estratégica, integrada com valores, missão, visão de futuro e objetivos estratégicos e o plano de suporte estratégico, com as estratégias, metas e plano de ação, conforme representado na figura 5.

Figura 5. Estrutura do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde – PDUS, Acre, 2007.



Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

⁸XAVIER, A. C. da R.; AMARAL SOBRINHO, J. Como elaborar o Plano de Desenvolvimento da Escola: aumentando o desempenho da escola por meio do planejamento eficaz. 2. ed. Brasília: Programa Fundescola, 1999.

O processo de elaboração e implementação do PDUS foi liderado pelo gerente geral da unidade de cada unidade de saúde, tendo a participação efetiva dos membros dos conselhos gestores e de todos os servidores lotados em cada setor da unidade de saúde.

Era discutido dentro dos setores, cada setor discutia o seu setor, o centro cirúrgico discutia o seu plano, discutia o todo e depois juntava e discutíamos dentro do conselho.(E5trabalhador)

a gente fazia o PDUS com representantes de vários setores, então fazia com representantes de todas as áreas para poder sair uma coisa mais unificada que atendesse a demanda geral dos trabalhadores. (E13gestão)

O processo de construção do PDUS, representado na figura 6, foi dividido em quatro etapas: preparação, diagnóstico situacional, planejamento estratégico e execução, monitoramento e avaliação.

Figura 6. Etapas para construção do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde – PDUS, Acre, 2007.



Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

A preparação, primeira etapa do processo, foi aquela em que a unidade de saúde se organizou para a elaboração do PDUS, constituindo uma equipe de sistematização, buscando conhecer o manual e esclarecer a todos os integrantes da unidade de saúde acerca do processo de elaboração.

O diagnóstico situacional, segunda etapa do processo, foi dividido em duas fases: coleta de dados e análise de dados. Na fase de coleta de dados se realizou o levantamento de informações sobre a unidade de saúde e seu desempenho de modo a ter

conhecimento dos problemas, causas e o que fazer para resolvê-los, e assim prestar serviços de qualidade para a sociedade. Na fase de análise as informações coletadas foram avaliadas de modo a identificar os principais problemas por área temática.

Para tanto a equipe de sistematização se utilizou de três instrumentos:

a) **roteiro para o diagnóstico situacional** da unidade de saúde, contemplando cinco áreas temáticas– gestão, estrutura, processos, resultados e relação com usuários.

b) **avaliação estratégica**– captou-se a percepção da equipe de sistematização sobre o ambiente interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças), de modo que ao final se pudessem consolidar as principais forças, fraquezas, oportunidade e ameaças da unidade de saúde. Desse modo se passou a identificar as combinações forças x oportunidades, que apresentaram interação alta e que seriam favoráveis para a implementação do plano de ação; as combinações fraquezas x ameaças, que apresentaram interação forte e que poderiam ser desfavoráveis para a implementação do plano de ação; as combinações forças x ameaças, que apresentaram interação forte, considerando como essas combinações ajudariam a neutralizar o impacto das ameaças; e as combinações fraquezas x oportunidades, que apresentaram interação forte para que as fraquezas não pudessem dificultar o aproveitamento das oportunidades.

Figura 7. Formulário para descrever e identificar relações entre as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças da unidade no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde, Acre, 2007.

Instrumento 2. Quadro 6. Aspectos com interação alta

FORÇAS X OPORTUNIDADES (FAVORÁVEIS)	FRAQUEZAS X AMEAÇAS (DESFAVORÁVEIS)	FORÇAS X AMEAÇAS (NEUTRALIZAM O EFEITO DAS AMEAÇAS)	FRAQUEZAS X OPORTUNIDADES (DIFICULTAM O APROVEITAMENTO DAS OPORTUNIDADES)
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.

Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

c) **identificação de problemas.** De acordo com a análise realizada no diagnóstico situacional e na avaliação estratégica, o passo seguinte foi identificar os principais problemas da unidade de saúde e realizar a sua classificação segundo maior nota atingida na soma. As figuras 8 e 9 indicamos formulários que auxiliavam nessa classificação.

Figura 8. Formulário para descrever os problemas identificados na unidade de saúde, por frequência, duração, extensão, integralidade, legitimidade e percepção, no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde, Acre, 2007.

Instrumento 3. Quadro 1. Identificação dos problemas da Unidade de Saúde.

ITEM	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	ONDE SE LOCALIZA O PROBLEMA?	F	D	E	I	L	P	SOMA (Σ)

OBS.: Para preenchimento do quadro acima utilizar a seguinte escala:

1 = Não
2 = Sim

(F) *Frequência: o problema ocorre frequentemente?*
(D) *Duração: o problema já dura há algum tempo?*
(E) *Extensão: o problema afeta muitas pessoas?*
(I) *Integralidade: o problema desorganiza a vida das pessoas e da comunidade?*
(L) *Legitimidade: o problema priva as pessoas de seus direitos legais e morais?*
(P) *Percepção: o problema é percebido como problema?*

Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

Figura 9. Formulário para relacionar os problemas identificados na unidade de saúde por ordem de importância, relacionando as causas fundamentais e as medidas que serão tomadas pela unidade de saúde quando da aplicação do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS).

Instrumento 3. Quadro 2. Problemas identificados na Unidade de Saúde por ordem de importância, Acre, 2007.

ITEM	INDICAÇÃO DO PROBLEMA POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA	CAUSAS FUNDAMENTAIS	QUE MEDIDAS SERÃO TOMADAS? (*)
1.			

Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

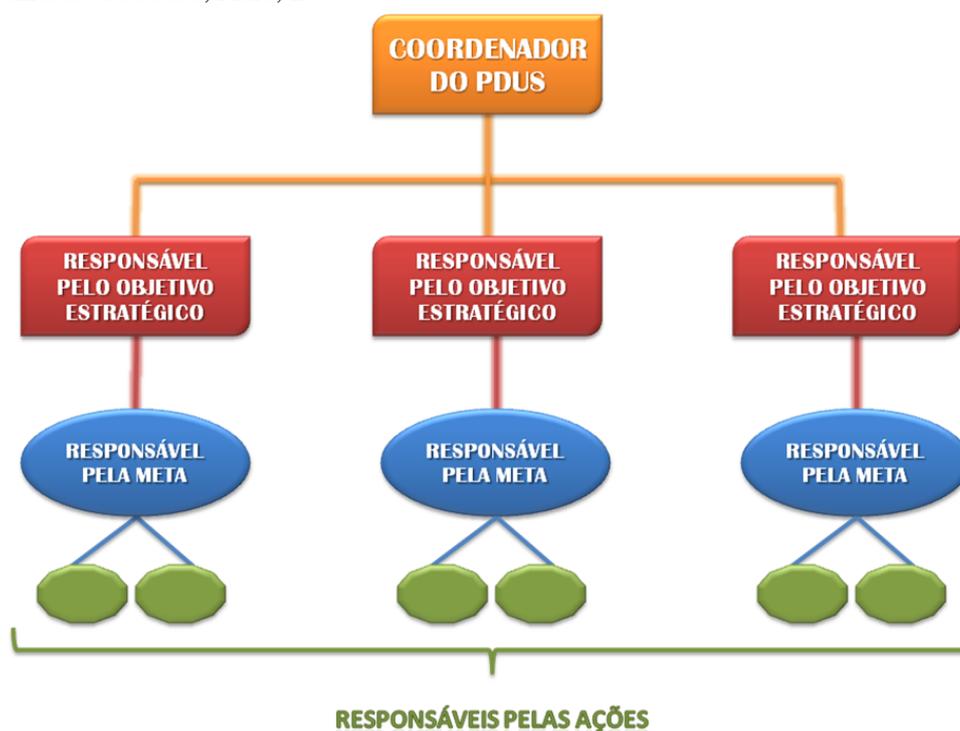
O planejamento estratégico, terceira etapa de construção do PDUS, se constituiu na visão estratégica com a definição dos valores, missão, visão de futuro e objetivos estratégicos da unidade de saúde.

A visão estratégica consiste na definição dos esforços que a unidade de saúde deve realizar para atingir a qualidade desejada pelos usuários de saúde. Os valores, dentro da visão estratégica, representam o que a unidade de saúde e seus integrantes defendem enquanto elementos morais e motivacionais. A missão representa a razão de

ser da unidade de saúde, contemplando informações sobre os serviços que a unidade oferece os clientes e os valores da unidade. A visão de futuro é o estabelecimento da direção a ser tomada por todos os que integram a unidade de saúde, criando compromissos e responsabilidades. Os objetivos estratégicos são os resultados que a unidade deseja alcançar para atingir sua visão de futuro.

A discussão e a construção de todos os aspectos relacionados na visão estratégica serviram de base para o planejamento estratégico da unidade de saúde. O planejamento estratégico é composto pelas estratégias, metas e plano de ação. A estratégia consiste em definir como os recursos são alocados com vistas a atingir determinada meta ou objetivo. As metas definem o que se deve atingir para cumprir com os objetivos estratégicos, e o plano de ação é o desdobramento das metas em ações.

Figura 10. Organograma de distribuição de responsabilidades no plano de ação da unidade de saúde, Acre, 2007.



Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

Finalizado o PDUS, o passo seguinte foi construir o PTA, considerando ser este o instrumento gerencial que consolida a alocação dos recursos.

Figura 11. Formulário para descrever o desdobramento das metas em plano de ação previsto no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), Acre, 2007.

Capítulo 3. Elaboração do Planejamento Estratégico. Quadro 2. Desdobramento das metas em plano de ação.

NOME DA UNIDADE:

OBJETIVO ESTRATEGICO:

RESPONSÁVEL PELO OBJETIVO ESTRATÉGICO:

ESTRATÉGIA:

META:

INDICADOR DE META:

RESPONSÁVEL PELA META:

INÍCIO:

REVISÃO:TÉRMINO:

N.	AÇÕES	PERÍODO DE REALIZAÇÃO		RESPON SÁVEL	RESULTADO ESPERADO	INDIC ADOR	CUSTOS		QUEM FINANCIA
		INÍCIO	TÉRMINO				CAPITAL	CORRENTE	

Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

O PDUS e o PTA consolidados formaram a base para a assinatura do Termo de Compromisso firmado com a SESACRE, sendo este o instrumento legal para a efetivação do repasse dos recursos financeiros. Uma vez firmado o Termo, deu-se início ao processo de execução, monitoramento e avaliação.

Com a execução do PDUS, o monitoramento se fez necessário com vistas a avaliar as ações desenvolvidas, seus indicadores e desempenhos alcançados. Para tanto as unidades de saúde deveriam se utilizar da tabela relativa ao monitoramento da execução do plano de ação, contida no Manual do PDUS.

Figura 12. Formulário para descrição da execução e monitoramento do plano de ação da unidade de saúde, previsto no Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), Acre, 2007.

Capítulo 4. Quadro 1. Monitoramento da execução do plano de ação da unidade de saúde.

NOME DA UNIDADE:

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

RESPONSÁVEL PELO OBJETIVO ESTRATÉGICO:

ESTRATÉGIA:

META:

INDICADOR DE META:

RESPONSÁVEL PELA META:

VALOR ESTIMADO DA META:

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO N°.

DATA DO INÍCIO:

N	AÇÕES	REALIZAÇÃO		RESPON SÁVEL	RESULTADO ESPERADO	RESULTADO ALCANÇADO	CUSTOS REALIZADOS		TOTAL GERAL
		INÍCIO	TÉRMINO				CAPITAL	CORRENTE	

Extraído de: Manual do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS), 2007.

Paralelo a esse movimento de construção, implementação e monitoramento dos instrumentos gerenciais, foi realizada a padronização de medicamentos, material médico-hospitalar e de pessoal de cada unidade de saúde.

A implantação de instrumentos gerenciais com a padronização estabelecida sugere a busca em estabelecer melhorias gerenciais levando-se em consideração a ausência da cultura do planejamento nas unidades de saúde no Estado do Acre.

... todos eram participantes da gestão que todos brigavam pela gestão e brigavam por otimizar os recursos que lá dispunham, então as vezes com pouco se fazia muito e levantava a autoestima dos trabalhadores para este tipo de coisa e iniciar um processo que até então não se tinha de planejamento nas unidades hospitalares. Esse é o grande legado do processo de descentralização (E4 gestor).

A padronização deveria ter sido construída pela SESACRE. No entanto a cultura do planejamento da SESACRE era baseada no histórico do serviço sem levar em conta a real necessidade da unidade saúde. É importante destacar que a padronização serve de alicerce para eventuais alterações necessárias em razão de implantação de novos serviços a serem ofertados pela unidade de saúde ou pela necessidade de revisão daqueles já ofertados.

Analisando-se a construção do PDUS e do PTA pelos conselhos gestores das unidades de saúde pesquisadas, três aspectos gerenciais ainda merecem análise por serem de suma importância para a gerência das unidades de saúde, quais sejam: recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros.

Em relação aos **recursos humanos** da unidade observa-se que eram constituídos por servidores públicos concursados. Dessa forma, o conselho gestor das unidades de saúde não podiam contratar ou realizar concurso público, considerando essa ser uma atribuição exclusiva da SESACRE, limitando-se apenas a deliberar sobre a devolução do profissional de saúde que não estivesse atendendo as necessidades da unidade (art. 22, inciso X).

Os informantes-chave destacam a possibilidade de devolução do servidor e informam a razão principal que a ensejava.

... porque nós tivemos como experiência nas reuniões dos conselhos que a pauta era a devolução de funcionários que não tinham o perfil para unidade ... (E5 usuário).

... levando em consideração que o conselho tinha a autonomia legal, pela lei, para devolver para secretaria um funcionário que não estava atendendo devidamente a população como era para ser, aí entrou muito em pauta isso aí, ou seja, funcionários que destravam o usuário vinha, era instaurado o devido processo legal dentro do conselho e se no final ele fosse considerado culpado ele era encaminhado à secretaria para secretaria dar seguimento aos atos disciplinares (E14trabalhador).

Dessa forma, o conselho gestor, mesmo sendo uma entidade privada sem fins lucrativos, não tinha governabilidade em relação à gestão dos recursos humanos das unidades de saúde, considerando que, no máximo, poderiam estabelecer um processo que ao final ensejaria ou não a devolução do servidor para a Secretaria de Saúde do Estado do Acre, observado o contraditório e a ampla defesa por parte do servidor.

Essa ausência de governabilidade também está relacionada à criação pelo Estado do Acre da entidade paraestatal, de natureza privada, intitulada de PROSAÚDE⁹, que tem como um dos seus objetivos a contratação de pessoal com a garantia do pagamento dos serviços contratados pelo Estado, através de contrato de gestão, com a consignação anual no orçamento da SESACRE (ACRE, Lei n. 2.031/08, art. 13).

Em relação à manutenção da unidade de saúde – leia-se **aquisição de bens e serviços destinados à manutenção física**–, ficava ao cargo do conselho gestor de cada unidade de saúde (ACRE, Lei n. 1.912/07).

Em relação à **gestão dos recursos materiais** – medicamentos, material médico-hospitalar e equipamentos –, é necessário se destacar como se dava a aquisição antes e após a implantação da gerência da unidade de saúde por intermédio dos conselhos gestores para que se possam vislumbrar as diferenças do processo de aquisição através do modelo centralizado e descentralizado de gerência das unidades de saúde adotado pelo Estado do Acre.

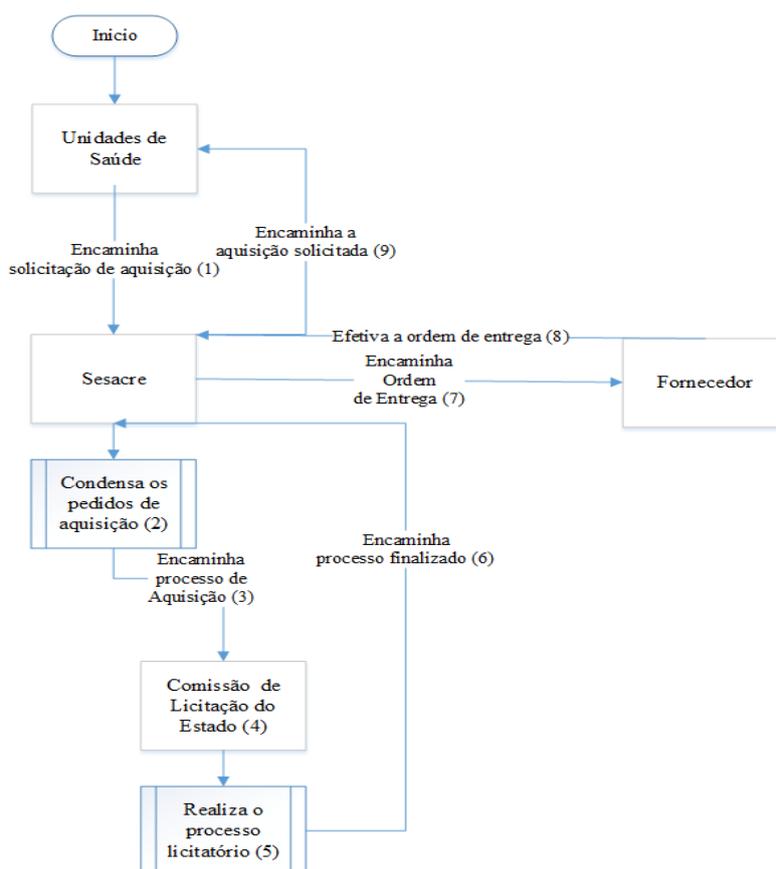
Na gestão centralizada, e, portanto, antes da gerência por intermédio do conselho gestor, as aquisições eram realizadas pela SESACRE sem levar em

⁹PROSAÚDE. Serviço Social de Saúde do Estado do Acre. Entidade paraestatal de direito privado que tem como finalidade prestar serviços de assistência à saúde de forma gratuita, em todos os níveis, e desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público através de contrato de gestão (ACRE, Lei n.2.031/08).

consideração nenhum tipo de padronização – até porque inexistente –, de modo que os materiais eram adquiridos no quantitativo que a SESACRE entendia necessário para a unidade de saúde levando em consideração os serviços prestados aos usuários de saúde. Ainda é possível identificar que as aquisições realizadas no modelo centralizado, pela SESACRE, para todas as unidades de saúde, demoravam muito tempo para serem efetivadas. Além da demora no processo de aquisição ainda é possível destacar que após a aquisição a SESACRE ainda teria que realizar a distribuição dos materiais para todas as unidades de saúde.

A figura 13 representa o fluxo de aquisição de bens e serviços das unidades de saúde pela SESACRE.

Figura 13. Fluxo de aquisição de bens e serviços para as unidades de saúde assistenciais pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

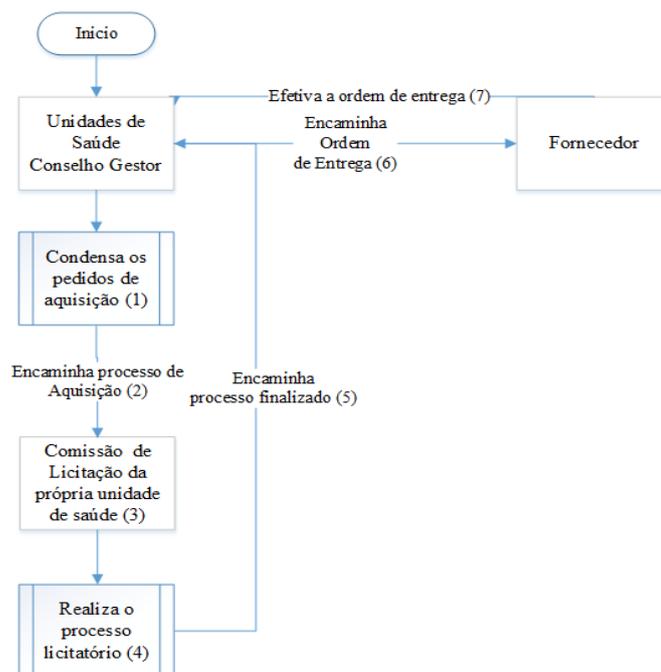


Fonte: ACRE, Portaria n. 1.034/15 da Secretaria de Estado de Saúde.

Com a Lei de Gestão e, por conseguinte, a gerência da unidade de saúde pelos conselhos gestores, a aquisição de materiais obedeceu ao previsto nos instrumentos gerenciais construídos – PDUS e PTA–, por cada unidade de saúde.

A figura 14 representa o fluxo de aquisição de bens e serviços das unidades de saúde pelos conselhos gestores.

Figura 14. Fluxo de aquisição de bens e serviços pelo Conselho Gestor das unidades de saúde assistenciais no Estado do Acre, Acre, 2016.



Fonte: ACRE, Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007.

A aquisição de medicamentos e material médico-hospitalar através do conselho gestor estabeleceu uma descentralização das aquisições de cada unidade de saúde contribuindo com uma maior agilidade gerencial e para um processo de padronização e revisão contínua.

Esse aspecto é importante na medida em que esses foram os principais aspectos discutidos quando do início das atividades dos conselhos gestores nas unidades de saúde.

....quando o conselho começou inicialmente era a existência de material da unidade, inicialmente porque inicialmente eu falo porque foram necessários apenas três a quatro meses para isso sair de pauta porque não mais havia falta de material dentro das unidades, deixou de entrar em pauta a falta de medicamentos, a falta de material médico hospitalar, a falta de insumos, deixou, saiu de pauta.... (E14 trabalhador)

...os padrões tinham um núcleo responsável por acompanhar um profissional específico de cada área, medicamento, um farmacêutico, material médico-hospitalar, um enfermeiro, gêneros alimentícios, uma nutricionista, para acompanhar todo o processo de padronização, de consumo e de necessidade de mudança de substituição e de avaliação dos pedidos de aquisição (E4 gestor)

Outro aspecto importante que se observa com a aquisição realizada pelos conselhos gestores é a preocupação com a economicidade, levando em consideração que quando se realizam aquisições no modelo centralizado de gerência de unidades de saúde, uma das justificativas para essa forma de aquisição é que se estabelece uma economia de escala pelo volume adquirido. Para enfrentar essa preocupação, é possível verificar que as maiores unidades de saúde viabilizaram processos licitatórios de aquisição de maneira que as demais unidades de saúde – em especial as unidades de saúde menores, que não teriam individualmente um volume para estabelecer uma economia de escala –, pudessem integrar os processos licitatórios como participantes, constituindo-se numa verdadeira rede de apoio entre as unidades de saúde.

Dessa forma, o conselho gestor do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco liderou o processo de aquisição de medicamentos; o conselho gestor da Fundhacre (atualmente Hospital das Clínicas) o processo de aquisição de material médico-hospitalar; e o conselho gestor da Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliadora, o processo de aquisição de material destinado aos laboratórios, tendo como participantes em cada processo todas as demais unidades de saúde.

O aviso de abertura de licitação do Pregão SRP n. 070/2009 exemplifica bem o processo licitatório liderado por um conselho gestor para atender suas necessidades e de outras unidades de saúde.

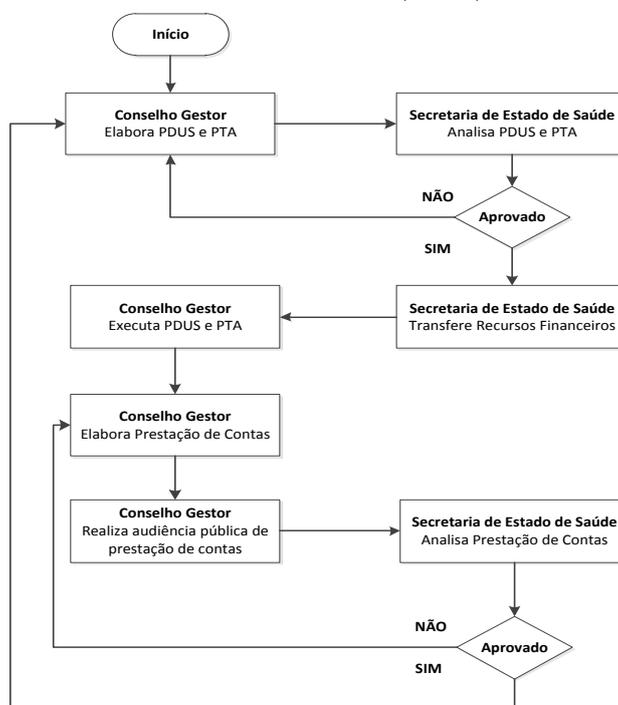
Aviso de Abertura de Licitação
Pregão SRP n. 070/2009. CPL – CONSELHO GESTOR/
FUNDHACRE. Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios, para atender as demandas das Unidades Hospitalares, HOSMAC, HUERB, SASMC, HEMOACRE, FUNDHACRE e CENTRO DE SAÚDE DO TUCUMÃ. Retirada do Edital: 28/09/2009 a 08/10/2009, através do site www.fundhacre.ac.gov.br/licitações ou excepcionalmente na Comissão Permanente de Licitação da Fundhacre – BR 364 km 02 – Distrito Industrial, Rio Branco – AC. Fone (68) 3227-8954. Data da Abertura: 09/10/2009, às 9:00 h no endereço acima citado. Rio Branco – AC, 23 de setembro de 2009. Laura Tavares Monteiro. Pregoeira.
Fonte: Diário Oficial do Estado do Acre n. 10.139 de 25 de setembro de 2009.

Ao final do processo licitatório com a participação de todas as unidades de saúde, cada uma delas poderia emitir a ordem de entrega ou serviço para o fornecedor, de acordo com o licitado. A Comissão de Licitação de cada unidade de saúde era composta por servidores concursados lotados na unidade de saúde.

As aquisições realizadas pelo conselho gestor – mesmo sendo uma entidade privada sem fins lucrativos –, obedeciam à Lei n. 8.666/93 – Lei de Licitações, e a Lei n. 10.520/02, que institui a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. Importante destacar que inexistia a obrigatoriedade às normas de direito público para aquisição de bens e serviços em relação ao conselho gestor por ser uma entidade de natureza privada.

O fluxo de liberação dos recursos para que os conselhos gestores efetivassem a aquisição de material de consumo e permanente, e realizasse o adimplemento da prestação de serviços, encargos sociais e tributos (ACRE, Lei n. 1.910/07, art. 3º, parágrafo único), pode ser sintetizado de acordo com o fluxograma a seguir apresentado.

Figura 15. Fluxo de liberação de recursos para os conselhos gestores das unidades de saúde assistenciais do Estado do Acre, Acre, 2007.



Fonte: ACRE, Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007.

Considerando, como já afirmado, que o instrumento legal necessário para efetivação do repasse dos recursos financeiros para os conselhos gestores foi o termo de compromisso, este, uma vez firmado, ensejou à SESACRE a obrigatoriedade de tais repasses e por sua vez do conselho gestor prestar contas parcial e final da aplicação dos mesmos. Os recursos não poderiam ser utilizados para finalidade diversa do pactuado no termo de compromisso. Nesse sentido não se pode afirmar que o conselho gestor teve efetiva autonomia na gestão dos recursos financeiros uma vez que estes deveriam ser geridos de acordo com o estabelecido no Termo de Compromisso, cujos limites estavam autorizados pela SESACRE.

A SESACRE definia o teto financeiro para a gerência das unidades de saúde e com base nesse teto destinava um valor para cada unidade de saúde. Em função desse valor disponível para a unidade de saúde, era estabelecido um termo de compromisso assinado entre o conselho gestor e a gestão da SESACRE com cláusulas de compromissos e metas a cumprir e obrigação de prestação de contas para execução desses recursos (E4 gestor).

No entanto, a discussão com todos os setores da unidade de saúde acerca das ações e serviços de saúde que seriam prestados à sociedade, apresentadas no PDUS e PTA, por si só representa um avanço.

Eu vejo que melhorou porque ficou uma coisa mais transparente, os usuários sabiam onde estava sendo aplicados os recursos junto com a gestão então essa como era uma gestão participativa era bom e funcionava ... (E8 usuário)

Em relação à prestação de contas dos recursos recebidos pelo conselho gestor observam-se três movimentos: a) a prestação de contas em audiência pública; b) a prestação de contas à SESACRE; e c) a necessidade de aprovação da prestação de contas pela SESACRE para novos repasses.

Em relação à prestação de contas em audiência pública observa-se que não se limitou à indicação dos valores repassados pela SESACRE e de que forma foram aplicados. O PDUS e o PTA foram apresentados de maneira que a sociedade pudesse ter conhecimento das ações e serviços de saúde realizados com os recursos repassados pela SESACRE.

Conselho gestor da Maternidade promove audiência pública. O conselho gestor da Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora promoveu nesta quarta-feira, 3, no auditório da Funasa, a primeira audiência pública para prestação de contas dos recursos recebidos, por meio do Plano de Trabalho Anual (PTA), referente aos meses de agosto, setembro e outubro de 2008. Objetivo é apresentar à sociedade os avanços obtidos após a criação do conselho gestor dentro da unidade. Participaram da audiência a sociedade em geral, representantes do Ministério Público, entidades representativas ligadas à Central de Articulação das Entidades de Saúde (Cades), deputados estaduais e vereadores de Rio Branco. A descentralização das unidades de saúde aconteceu em julho de 2007, por meio da Lei de Gestão Democrática, na qual foram criados os conselhos gestores nas unidades estaduais, com a finalidade de garantir maior participação no planejamento das ações, gerenciamento, fiscalização e autonomia financeira. O conselho atua de forma deliberativa e fiscalizadora, avaliando os resultados, prazos e recursos para o cumprimento das metas estabelecidas. A unidade planeja suas ações e presta contas para a sociedade.

Disponível em: <http://www.agencia.ac.gov.br/conselho-gestor-da-maternidade-promove-audincia-pblica>. Acesso em: 02 de agosto de 2016.

A audiência pública também criou uma oportunidade para que os conselheiros prestassem contas de suas ações às entidades da sociedade civil organizada.

A prestação de contas dos recursos financeiros pelo conselho gestor à SESACRE se destaca por uma dupla função: analisar o andamento da aplicação dos recursos de modo a verificar se estava sendo aplicado de acordo com o pactuado no termo de compromisso, e verificar os processos administrativos que estavam sendo realizados pelo conselho gestor. Nesse sentido a SESACRE passou a exigir junto com a prestação de contas o inventário com o estoque de medicamentos, material médico-hospitalar e insumos, para que se pudesse verificar a real necessidade de aquisição. Outro objetivo da solicitação do estoque foi para que a SESACRE pudesse, caso necessário, solicitar empréstimo ao conselho gestor, de medicamentos, por exemplo, que estavam faltando em outras unidades de saúde até que aquelas pudessem licitar e fazer a devolução, de tal forma que as unidades de saúde passaram a não ter problemas de desabastecimento.

A necessidade de aprovação da prestação de contas para novos repasses ao conselho gestor destaca um aspecto positivo porquanto se buscou estabelecer a preservação do interesse público. Não seria crível que um conselho gestor que não

estivesse aplicando os recursos públicos conforme pactuado em termo de compromisso continuasse a recebê-los.

O controle realizado pela SESACRE se estabeleceu como um mecanismo importante, mas não o único visto, que qualquer cidadão que entendesse estar havendo algum desvio de recursos públicos poderia denunciar à própria SESACRE ou aos órgãos de controle interno ou externo da administração pública.

Estabelecido o percurso desde a inspiração da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira até a sua implementação, é possível identificar que com esse modelo de gerência de unidades de saúde implementado pelo Estado do Acre os gestores da saúde do Estado buscaram descentralizar a gerência das unidades de saúde, com autonomia e participação da comunidade, alicerçado em bases legais sólidas, razão pela qual esses os aspectos a seguir analisados.

5.4 Descentralização e autonomia

Para Berenger (1996) a descentralização se evidencia através das ideias de redistribuição de poder do Estado, separação entre as competências administrativas, existência de autoridades eleitas democraticamente e a efetiva participação social, de modo que centralização e descentralização totais somente existem na teoria. Tobar (1995, p. 27) destaca que referido termo – descentralização –, é apresentado de diversas formas pelos autores, apresentando características comuns:

- a) sua aplicação sugere pensar no fortalecimento da esfera local;
- b) o problema da descentralização é de caráter político, a implementação eficaz e eficiente do mesmo é de caráter administrativo;
- c) o processo em si não é possível de se realizar de forma isolada e só é viável dentro do marco de um processo geral de reforma;
- d) a conceitualização dicotômica centralização *versus* descentralização não tem poder explicativo sobre os dados empíricos.

A determinação do então governador do Estado do Acre de implementar o modelo de gerência de unidades de saúde à luz dos documentos e das entrevistas realizadas com os informantes-chave, sugere as ideias de redistribuição de poder, defendido por Berenger(1996),evidenciando uma decisão de caráter eminentemente político (Tobar, 1995) já que se trata de uma vontade do chefe do Poder Executivo.

Embora a descentralização pudesse ter sido realizada por intermédio de entidades da administração indireta, tais como autarquias e fundações, a intenção do governador foi replicar a experiência da área da educação, por meio do PDDE com os conselhos escolares, para a área da saúde.

Denota-se que quaisquer modelos de gerência de unidades de saúde poderiam ter sido implementados, sem a discussão com a sociedade, bastando para tanto que o Estado do Acre tivesse adotado as existentes nas demais unidades da federação brasileira, ou mesmo a já existente em uma unidade de saúde de média e alta complexidade— como era o caso do Hospital do Juruá, que é administrada por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Outra alternativa seria a SESACRE ter construído uma norma e enviado diretamente ao gabinete do governador, e esse ter encaminhado para aprovação da Assembleia Legislativa do Estado do Acre.

Ocorre que, se assim tivesse se posicionado o governador, a norma poderia estar coberta pelo manto da legalidade, mas estaria sem legitimidade em razão de que não teria sido discutida com os atores envolvidos (gestores, usuários e profissionais de saúde). Na realidade o que se verifica é que a discussão da norma não se ateve ao gabinete do chefe do Poder Executivo ou à SESACRE; ao contrário, foi discutida a mudança que se fazia necessária com os atores envolvidos para que esses pudessem se apropriar da norma e legitimar a descentralização.

Eu fui convidado por uma equipe uns colegas para uns fóruns de criação do conselho, bem no início antes da aprovação da lei (E8 usuário)

A lei de gestão democrática foi discutida em cada município onde tinha unidade hospitalar vinculada à secretaria de saúde, dentro da estrutura da secretaria de saúde, foi uma mobilização que foi feita através dos conselhos municipais de saúde mobilizou toda a sociedade que fazia parte daquela unidade específica, então mobilizou o segmento do usuário, o segmento do trabalhador e a gestão para discutir uma proposta de lei e aí cada plenária dessa apresentava suas proposições que eram trazidas para Rio Branco para a secretaria para condensar e depois numa plenária maior, envolvendo todos os representantes de todo o estado discutir a proposta a ser encaminhada para a Assembleia que teve o acompanhamento também jurídico da Procuradoria Geral do Estado para formulação dessa proposta de lei a ser encaminhada do executivo para o legislativo (E4gestão)

Aprovadas as normas pela Assembleia Legislativa do Estado do Acre em que a partir de então as unidades de saúde passaram a ser geridas pelos conselhos gestores, a SESACRE não se eximiu em colaborar com a implementação da descentralização. Na realidade, é possível verificar que editou o Manual do Plano de Desenvolvimento da

Unidade de Saúde (PDUS)– principal instrumento gerencial que foi utilizado pelos conselhos gestores–, capacitou os conselheiros e criou um setor específico para acompanhar o processo de descentralização das unidades de saúde.

... tivemos uma capacitação para conselheiro, tivemos uma formação para conselheiro, foi um dia inteiro de conversas, de orientações, de explicações, como funcionava, como ia funcionar, qual era a função de cada conselheiro, o papel de cada conselheiro e a importância dele dentro do conselho(E8 usuário)

Essas ações se destacam no sentido de buscar fortalecer os conselhos gestores, para a efetivação da gerência das unidades da saúde por intermédio dos usuários, gestores e profissionais de saúde. Dessa forma a gerência da unidade de saúde passou a ser descentralizada, por intermédio do conselho gestor que dispunha de ferramentas gerenciais e apoio de um setor específico da SESACRE para acompanhar a implementação e execução desse modelo de gerência adotado pelo Estado do Acre.

Nesse sentido é que se estabelece outra característica da descentralização apontada por Berenger (1996), qual seja, a efetiva separação entre as competências administrativas da SESACRE e do conselho gestor das unidades de saúde, e por Tobar (1995) para quem a implementação eficaz e eficiente é de caráter administrativo.

A composição do conselho gestor das unidades de saúde destaca a existência de autoridades eleitas democraticamente, como ensina Berenger (1996) e se traduz no fortalecimento na esfera local, tão necessária no processo de descentralização como sugere Tobar (1995). Os usuários de saúde representados no conselho gestor eram indicados pelos segmentos representativos da sociedade que mais se utilizavam dos serviços prestados pela unidade de saúde, de modo que, possivelmente, esses teriam mais conhecimento das suas reais necessidades e poderiam contribuir de maneira mais significativa. Por sua vez, considerando que os profissionais de saúde deviam estar lotados na unidade de saúde, esses também poderiam contribuir por conhecerem o funcionamento da unidade.

A composição dos conselhos gestores por intermédio de eleição sugere um processo democrático para a gerência das unidades de saúde, ainda mais se respeitando a paridade estabelecida na Lei Federal n. 8.142/90, qual seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores.

É seguia a linha das entidades que participam do processo eleitoral para os conselhos de saúde, conselho estadual de saúde. Então era a mesma orientação, tanto é que também os conselhos gestores guardavam esse critério de paridade de 50% de usuário, 25% trabalhadores, 25% gestão, também guardado com a legislação dos conselhos de saúde...

... eu fui escolhido, fui eleito porque houve uma votação é importante salientar isso aí que houve uma votação para escolha dos conselheiros (E8 usuário)

A descentralização dos recursos também reflete o desejo de fortalecer a gerência da unidade de saúde por intermédio do conselho gestor, de modo que a esse cabia o poder de executar os recursos destinados às unidades de saúde.

... aí tendo recurso ali dentro era imediato para arrumar um aparelho, um raio x, tudo era imediato porque tinha o recurso ali dentro era tudo bem aplicado tudo era transparente (E11 usuário)

A implementação do processo de descentralização de forma paralela a um processo de padronizações de medicamentos, material médico-hospitalar e alimentação de cada unidade de saúde, com a participação de todos os setores da unidade, reforça o entendimento de Tobar (1995) no sentido de que esse processo não é possível se realizar de modo isolado, ao contrário, só é possível dentro de um processo geral de reforma. Nesse mesmo processo de padronização foi possível estabelecer, por exemplo, o quantitativo de pessoal de cada setor de cada unidade de saúde em uma discussão baseada na realidade dos serviços prestados à sociedade.

Antes não tinha a padronização de nada então era bem complicado a gestão pedia demais, não usava aquela quantidade na unidade, estragava, vencia, na unidade com a gestão houve um processo de padronização, padronizou todos os insumos da unidade, o RH, então isso facilitou muito para a organização da unidade então eu acho que o processo de padronização ele favoreceu muito a questão da gestão democrática (E13 gestão)

Nesse sentido se verifica uma ampla mudança na forma de gerir as unidades de saúde e na forma de as unidades de saúde se relacionarem com a SESACRE. Antes a unidade de saúde requisitava todos os itens necessários para o seu funcionamento, e a SESACRE enviava de acordo com a média histórica dos pedidos atendidos; com a descentralização o relacionamento passou a ser de repasse dos recursos financeiros, cabendo aos conselhos gestores das unidades de saúde o planejamento e a execução dos recursos de acordo com o PDUS e o PTA.

É importante reiterar que a execução do PTA foi mensalmente acompanhada pela SESACRE para que, caso necessário, fosse corrigido algum problema na execução do recurso em face da inexperiência inicial dos membros do conselho gestor na gerência da unidade de saúde.

Dessa forma é possível observar que o modelo descentralizado adotado pelo Estado do Acre detinha uma pluralidade de atores decidindo de forma delegada com uma autonomia na condução da gerência da unidade de saúde pelos conselhos gestores.

Esse sentimento e práxis podem ser destacados nas palavras de um informante-chave do segmento dos usuários quando afirma que

... o processo democrático dentro da unidade dando esta autonomia, autonomia de verdade para que ela pudesse gestar toda a parte financeira e administrativa como um todo da unidade de cada unidade (E12 usuário)

A autonomia para Fonseca e Campos (2012) se refere à discricionariedade de um agente para a tomada de decisão acerca dos assuntos afetos à sua responsabilidade. Nesse contexto, é possível identificar que o conselho gestor das unidades de saúde detinha a discricionariedade para a tomada de decisão, que se evidencia, dentre outros aspectos pela ausência da necessidade de recorrer à SESACRE para aquisição de bens e serviços.

A Lei do conselho gestor, a lei democrática, ela tirava essas questões de burocracia porque ela dá autonomia ao administrador da própria unidade de gerir seu próprio recurso e automaticamente ter uma celeridade maior tem mais pressa, imagine o seguinte, sem os conselhos gestores, os gestores pediam para comprar uma lâmpada e essa lâmpada leva até três meses para se trocar uma lâmpada numa unidade de urgência e emergência (E6 usuário)

A construção do PDUS e do PTA também denota uma autonomia dos conselhos gestores. Os instrumentos gerenciais foram discutidos, reitera-se, com todos os setores, de modo que a esses coube a definição dos serviços a serem prestados à comunidade.

Embora a definição dos serviços tenha passado pelos recursos destinados pela SESACRE, é oportuno destacar o posicionamento de Berenger (1991) para quem centralização e descentralização totais somente existem na teoria. Ademais o mesmo controle do Estado no repasse dos recursos financeiros ocorre em outros modelos de gerência de unidades de saúde, quando firma, por exemplo, um contrato de gestão com

as Organizações Sociais (OS) ou termo de parceria com as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Nesse sentido, Barbosa e Elias (2010, p. 2488) destacam que “o nível de autonomia administrativa e financeira concedido às OSS, tanto para aquisição de bens e serviços quanto para contratação de recursos humanos, permite que, dentro dos limites orçamentários estabelecidos, sejam feitos todos os arranjos institucionais que garantam o melhor uso possível dos recursos destinados”.

Não é demais destacar que na área da saúde se observa que os recursos não se apresentam suficientes, seja no modelo centralizado, seja no modelo descentralizado de gerências de unidades de saúde.

Sob outro prisma, ainda se poderia destacar uma pretensa fragilidade do termo de compromisso firmado pela SESACRE com o conselho gestor. É que a assinatura do citado termo estaria condicionada ao desejo puro e simples do gestor da saúde, de modo que a este bastaria não assiná-lo. Embora exista de fato essa possibilidade, o que se constata é um processo de descentralização assegurado por uma decisão política implementada. A possível fragilidade não se caracteriza pelo desejo do gestor em assinar ou não o termo de compromisso, evidencia-se no fato de que a descentralização não deveria ser tratada como uma política de governo e sim como uma política de Estado, o que se sugere não ter ocorrido em razão da revogação da Lei de Gestão.

O modelo de descentralização realizada pelo Estado do Acre se coaduna com o entendimento de Cunha et al (2012) ao afirmarem que essa se fundamenta na real necessidade de descentralizar os serviços, na capacidade de descentralizar sem implicar a perda da capacidade de direção do Poder Público, a natureza da atividade e o regime jurídico aplicável, as forças políticas que possam dar sustentação ao Poder Executivo incluindo a capacidade de governança, com instrumentos adequados de controle e a possibilidade de efetivo exercício do controle social.

Com o cenário indicado de descentralização da gerência das unidades de saúde através dos conselhos gestores, adequada a lição de Buarque (2002), para quem a descentralização facilita de maneira significativa a participação da sociedade nas decisões, contribuindo para o processo de democratização do Estado e do planejamento.

Neste contexto é desejável a discussão da participação da comunidade, ou participação social no sentido de se efetivar a descentralização, como bem destacado por Berenger (1996), em relação à execução da Lei de Gestão para que se possa compreender como e em que circunstâncias dita participação ocorreu.

5.5 Participação da comunidade na execução da Lei de Gestão

Várias são as acepções utilizadas para explicar o termo participação da comunidade. Participação social, participação popular, são termos que buscam por intermédio do conceito estabelecido, explicar o modo de participação da comunidade na concepção de políticas públicas. No entanto o sentido que se destaca é a forma que a participação da sociedade tem de poder influenciar para que se efetivem as ações e serviços públicos voltados para o interesse coletivo (BRAVO et al, 2011).

A Constituição de 1988 consagra a participação da comunidade no seu art. 198, inciso III, cuja regulamentação está estabelecida pela Lei Federal n. 8.142/90, que estabelece a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa participação se efetiva nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde, cujas atribuições estão destacadas nos §§ 1º e 2º, do art. 1º da Lei Federal n. 8.142/90.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A participação da comunidade na Lei de Gestão foi assegurada tomando como eixo norteador a Constituição e a Lei Federal n. 8.142/90. Ocorre que existe diferença em relação as atribuições estabelecidas pela Lei Federal n. 8.142/90 e pela Lei de Gestão. Nesta a participação da comunidade se revela na formulação de estratégias,

execução e controle das ações e serviços prestados pelas unidades de saúde; naquela, consubstancia-se a participação da comunidade através da formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde. A diferença se evidencia, pois, pela participação dos usuários na execução das ações e serviços prestados pela unidade de saúde.

O ingresso de usuários de saúde para integrar o conselho gestor está previsto no art. 10, inciso III, da Lei de Gestão (ACRE, Lei n. 1912/2007).

Art. 10. A representação no Conselho Gestor obedecerá ao seguinte:

.....
 III- quanto aos usuários, eleição em fórum composto por cidadãos indicados por entidades da sociedade civil organizada, de acordo com as especificidades locais, podendo ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) movimentos sociais e populares organizados;
- b) entidades indígenas;
- c) entidades de aposentados e pensionistas;
- d) entidades de defesa do consumidor;
- e) organizações de moradores;
- f) entidades ambientalistas;
- g) organizações religiosas;
- h) comunidade científica;
- i) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; e
- j) entidades patronais.

As entrevistas com informantes-chave do segmento dos usuários também destacam a forma de ingresso destes no conselho gestor.

Eu participei do primeiro conselho gestor que foi fundado pela Fundação, pela Fundhacre ...lá eu fui escolhido fui eleito porque houve uma votação é importante salientar isso aí que houve uma votação para escolha dos conselheiros... (E8 usuário)

A gente colocou nosso nome como conselheiro para Fundação e aí na votação entre colegas que a gente estava naquele momento de escolha estávamos no momento certo no lugar certo e aí o que foi que aconteceu foi feito uma votação, foi feito uma eleição entre nós as próprias pessoas das entidades que estavam ali [no fórum]e meu nome passou ali como conselheiro da fundação (E10 usuário)

A coordenação estadual das eleições para os conselhos gestores ficou a cargo da SESACRE e de cada unidade de saúde que elegia uma comissão eleitoral para, internamente, coordenar o processo de acordo com o que dispusesse o regulamento (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art.11).

O segmento dos usuários realizou um Fórum e elaborou uma lista de pessoas aptas a participarem do processo eleitoral, nas condições de candidato e eleitor (ACRE, Lei n. 1.912/2007, art. 10, § 1º). Com a eleição dos representantes e com a indicação dos gestores pela Secretaria de Saúde, os conselheiros criaram e aprovaram o Estatuto do conselho gestor de cada unidade de saúde.

O início das atividades do conselho gestor pode ser considerado como o ponto de partida da participação da comunidade, considerando que os usuários de saúde passaram a participar de todas as fases do processo de gerenciamento da unidade de saúde – planejamento, execução, acompanhamento e monitoramento.

Essa experiência foi muito boa porque também nos tínhamos a participação e opinar como o serviço funcionava melhor porque ficou os dois lados, tanto, os três lados, gestor, trabalhadores e usuário, então se eu vou olhar as coisas do ponto de vista de um gestor eu vou ver de uma forma e de usuário eu vou ver de outra forma e o conselho ele nos possibilitou em estarmos juntos cada um colocando as suas dificuldades atrás das soluções... (E6 usuário)

Esse ponto de partida não se deu de forma simples porque estava a se mudar toda uma forma de gerir as unidades de saúde assistenciais no Estado do Acre. Os entrevistados destacam essa dificuldade.

A primeira dificuldade foi à questão de a gente entender para nós era tudo novo para toda a equipe era muito novo até para os gestores desse setor também era muito novo então nós tínhamos a dificuldade mais através dos gestores da unidade que iam passando para a gente as pautas e algumas orientações, algum tempo depois tivemos uma capacitação para conselheiro. (E8 usuário)

Nos gestores medo, porque o novo ele provoca nas pessoas o medo de enfrentar os desafios e a lei de gestão ela é desafiadora, ela não é uma lei você tem que ter muita honestidade, muita transparência, ser uma pessoa ílibada, para estar conduzindo todo esse processo participativo... (E12 usuário)

As dificuldades foi uma época muito boa, quase a gente não tinha dificuldade, assim um pouco de organização mesmo porque uma coisa nova, a gente tinha medo do novo mais a gente tinha muito apoio na época da secretaria, da equipe que foi formada para acompanhar este processo então todas as dúvidas tinha equipe para orientar, a gente conseguiu ter neste processo de implantação o controle, menos falta de material, porque a gente conseguia licitar então isso par gente foi mais difícil no começo, mais depois a gente conseguiu estabelecer todos os contratos, nós tínhamos menos falta de material. (E13 gestão)

Além da experiência nova de discutir num conselho gestor a gerência da unidade de saúde com participação de diferentes segmentos, havia instrumentos gerenciais novos – PDUS e PTA –, até mesmo para os gerentes das unidades.

..., o mais difícil foi à construção dos processos porque nenhuma unidade tinha PDUS, não sabia o que gastava, nem sabia o que comprava. A dificuldade maior foi à implantação depois que ele foi implantado não foi difícil não (E7gestão)

Interessante quando tu fala do PDUS que no início era um monstro, um bicho, os trabalhadores olhavam e viam aquele instrumento enorme aquilo que parecia algo assim de outro mundo por não terem familiaridade com aquilo ali e aí as pessoas que era envolvidas no processo foram devagarzinho compreendendo que era algo que era novo e que faltava habilidade para todos porque o PDUS era um instrumento que tinha que envolver todos e a gestão muitos tinham treinamento e conhecimento mais os trabalhadores e os gestores, ou melhor, os trabalhadores e os usuários em si nem todo mundo tinha e aí inicialmente foi como se diz, eu diria que foi muito difícil no início mais depois rapaz ele se deslanchou se tornou familiar os nomes do PDUS, tudo porque, porque reuniu todos os atores que se envolviam em saúde ouvindo a opinião de todos... (E14 trabalhador)

A execução do PDUS e do PTA e a rotina da gerência na unidade de saúde geraram a necessidade de reuniões do Conselho Gestor, com a participação dos usuários, gestores e trabalhadores.

A análise das pautas das reuniões do Conselho Gestor destaca que os temas mais frequentemente tratados, cuja participação dos usuários se fez presente, foram a ausência de medicamentos e de material médico-hospitalar, principalmente nas primeiras reuniões do conselho, e posteriormente pela discussão da humanização com ênfase no atendimento prestado pelos servidores lotados na unidade de saúde e pela discussão da prestação de contas.

Os entrevistados destacam a discussão sobre a ausência de medicamentos, material médico-hospitalar e a discussão sobre a humanização do atendimento aos usuários nas unidades de saúde.

As principais pautas do conselho gestor, sempre a maioria era reivindicação, era falta de medicamentos.... (E9 usuário)

As pautas principais no HUERB era a questão da humanização, material, mais mesmo era a questão da humanização porque dentro do PS como todos nós sabemos dentro do pronto socorro tem pessoas que realmente atende bem mais na sua maioria não. (E15 gestão).

A discussão em relação à humanização – considerada pelo Conselho Gestor, restrita ao bom atendimento ao usuário de saúde –, era importante na medida em que o conselho gestor poderia devolver à Secretaria de Estado de Saúde um servidor que não estivesse atendendo de forma humanizada os usuários de saúde.

... nós tivemos como experiência nas reuniões dos conselhos que a pauta era a devolução de funcionários que não tinham o perfil para unidade e isso foi muito difícil... (E5 trabalhador)

Sim, tinha pauta de reunião e dos quais a gente discutia inclusive os profissionais do qual a gente queria que tava dando certo, agente discutia em relação ao que necessitava e quanto o hospital custava, era muito importante a gente tinha as reuniões mensais e às vezes até extraordinárias. (E6 usuário)

... e aí passou a entrar mais na pauta o atendimento em si pelos profissionais, levando em consideração que o conselho tinha a autonomia legal, pela lei, para devolver para secretaria um funcionário que não estava atendendo devidamente a população como era para ser, aí entrou muito em pauta isso aí, ou seja, funcionários que destravavam o usuário vinha, era instaurado o devido processo legal dentro do conselho e se no final ele fosse considerado culpado ele era encaminhado à secretaria para secretaria dar seguimento aos atos disciplinares (E14trabalhador).

A possibilidade de indicar a pauta de reunião do conselho gestor pelos usuários é descrita pelos entrevistados.

Os usuários pautavam a coordenação poderia ser a presidência do conselho ou a coordenadora do conselho já expunha os assuntos a serem discutidos na próxima reunião e dava sugestão e pedia sugestão de pauta para os conselheiros do segmento dos usuários. (E8 usuário)

As pautas discutidas eram as necessidades da unidade, qualquer questão do usuário, questão do trabalhador a gente trazia para o conselho gestor (E5 trabalhador)

No momento relativo à prestação de contas os usuários indicam esta participação destacando que

... de três em três meses era feita a prestação de contas e estava tudo ali se surgisse alguma dúvida alguém da unidade alguém que quisesse fazer a pergunta eles explicavam direito era tudo bem detalhado mesmo tem tudo em ata registrado assinatura de quem ia lá tudo bem elaborado nós não tivemos dificuldade as outras unidades diziam o que é que a gente fazia que dava tão certo pelo menos ainda onde eu atuei (E13 usuário).

Com o cenário apresentado é possível identificar a participação da comunidade na execução da Lei de Gestão, através do segmento dos usuários, considerando que estes:

a) foram eleitos por seus pares para comporem o Conselho Gestor da Unidade de Saúde, representando 50% dos membros do Conselho.

b) participaram na construção do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS) e Plano de Trabalho Anual (PTA);

c) participaram das reuniões dos conselhos gestores, já que o integrava, tendo a possibilidade de pautar as reuniões, caso entendessem necessário;

d) participaram ativa e diretamente na execução e na prestação de contas dos recursos recebidos pelo conselho gestor da unidade de saúde.

Retomando a lição de Bravo (2011), para quem a participação popular tem o condão de transformar o Estado de modo a superar seu caráter autoritário e socialmente excludente, é possível verificar que no modelo de gerência de unidades de saúde adotado se buscou compartilhar responsabilidades entre gestores, usuários e profissionais de saúde.

Desse modo o modelo de gerência de unidade de saúde com a participação popular preconizado pela Lei de Gestão se caracteriza pela busca de transparência das ações e serviços de saúde com abertura para um maior controle social uma vez que os usuários de saúde executavam as ações em conjunto com os gestores e trabalhadores.

5.6 Aspectos inovadores e controversos da implementação do modelo de gerência de unidades de saúde do Estado do Acre

Apresentada a discussão do modelo adotado pelo Estado do Acre e sua implementação, é possível destacar seus aspectos inovadores e controversos.

Aspectos Inovadores

Conselho Gestor

O estabelecimento da gerência de unidades de saúde através de um conselho gestor tendo **função executiva** e constituída por gestores, **usuários** e profissionais de saúde representa uma inovação na forma de gerir unidades de saúde até então não experimentada pelo Estado do Acre.

A concepção da participação dos usuários pode ser observada quando o então governador do Estado do Acre destaca que o objetivo a ser alcançado era “desenvolver um efetivo controle social, com participação da sociedade nas ações de fiscalização e execução dos recursos disponíveis para a saúde” (E1).

Para tanto, foi criado um conselho gestor, que nos termos do art. 8º da Lei de Gestão apresenta-se como “órgão deliberativo máximo da unidade, constituído sob a personalidade jurídica de direito privado e sem fins lucrativos”. Esse modelo de gerência com a criação do conselho gestor se amolda de forma mais próxima às entidades paraestatais, que para Di Pietro (2016, p. 600) são “pessoas jurídicas de direito privado, instituídas por particulares, **com ou sem autorização legislativa**, para atividades privadas de interesse público, mediante fomento e controle pelo Estado.”

Por se amoldar a uma entidade paraestatal poderia contratar pessoal sem concurso público, adquirir produtos e serviços sem a necessidade de licitação e efetivar o controle dos recursos financeiros.

Implementação de instrumentos de gestão

A Lei de Gestão estabeleceu como requisito básico para a transferência de recursos para os conselhos gestores gerirem as unidades de saúde a necessidade de desenvolvimento do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS) e do Plano de Trabalho Anual (PTA). Esses instrumentos gerenciais se tornaram importantes na medida em que estabeleceram as ações e serviços a serem prestados pelas unidades de saúde e conseqüentemente, os recursos a serem disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

Esses instrumentos gerenciais foram discutidos nas unidades de saúde em todos os setores estabelecendo uma participação de todos os atores envolvidos.

reuniu todos os atores que se envolviam em saúde ouvindo a opinião de todos, um instrumento de gestão espetacular que pensa desde a agulha de uma unidade até uma cirurgia de alta complexidade. (E14 trabalhador).

Para além da discussão de PDUS e PTA foram implementados outros instrumentos gerenciais com destaque para a padronização de pessoal, medicamentos, material médico-hospitalar e alimentação nas unidades de saúde. Essa padronização permitiu estabelecer novos critérios de controle gerencial para as unidades de saúde.

É de se destacar que para o Estado do Acre a implementação dos instrumentos gerenciais representa uma inovação, considerando que até então o planejamento era realizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre, tendo como principal critério os serviços prestados em cada unidade de saúde e não a real necessidade de aquisição destacando-se ainda, pela demora no atendimento das necessidades da unidade de saúde.

os gestores pediam para comprar uma lâmpada e essa lâmpada leva até três meses para se trocar numa unidade de urgência e emergência. (E6 usuário).

quer dizer que coisas extremamente básicas e que você dependia de uma solicitação ao gestor central ou a gestão centralizada que teria em tese esse poder de dizer quando vai a lâmpada (E2).

Com o Conselho Gestor as aquisições de bens e serviços foram descentralizados tendo por base o PDUS e PTA e, o termo de compromisso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

Descentralização

A implementação da gerência de unidades de saúde por intermédio do conselho gestor representa uma inovação considerando nunca ter havido no Estado do Acre esse movimento de descentralização abrangente no modelo de gerência de unidades de saúde por intermédio de conselho gestor. Considerando a descentralização defendida por Berenger (1996), para quem essa se evidencia nas ideias de redistribuição de poder do Estado, separação entre as competências administrativas, existência de autoridades eleitas democraticamente e a efetiva participação social é possível identificar no modelo adotado pelo Estado do Acre que: a) A **redistribuição de poder** no modelo adotado pelo Estado do Acre observa-se na descentralização do poder de decidir quais ações e serviços devem ser prestados, de forma prioritária, pelas unidades de saúde de média e alta complexidade. O poder do conselho gestor verifica-se, por exemplo, na distribuição dos recursos, de acordo com o PDUS e PTA, discutido com os atores envolvidos. Uma vez pactuado o PDUS e o PTA no âmbito das unidades de saúde – limitado aos recursos a ser destinados para cada unidade –, a Secretaria de Estado de Saúde do Acre não poderia intervir de modo que o poder de decisão, reitera-se, ficava à cargo do conselho gestor; b) A **separação das competências administrativas** se evidencia pela gerência das unidades de saúde sendo realizadas exclusivamente pelo conselho gestor, sem a interferência do Estado. O Estado transferiu e monitorou a aplicação dos recursos

financeiros; os conselhos gestores realizaram o planejamento, execução e prestação de contas dos recursos financeiros repassados pelo Estado através da Secretaria de Estado de Saúde do Acre; c) A existência de autoridade eleitas democraticamente verifica-se na eleição do executivo e legislativo no Estado do Acre e na eleição dos conselheiros para comporem as unidades de saúde; d) A participação social, dentre outros aspectos, foi garantida através dos usuários que compunham o conselho gestor das unidades de saúde.

Autonomia

Ao tratar do que venha a ser autonomia Fonseca e Campos (2012) destacam que essa se refere à discricionariedade de um agente para a tomada de decisão acerca dos assuntos afetos à sua responsabilidade.

Nesse sentido é possível identificar, dentre outros aspectos, que os conselhos gestores detinham autonomia para a tomada de decisão em razão de: a) liderarem o processo de discussão do PDUS e PTA com todos os atores envolvidos sem a interferência do Estado; b) não existir a necessidade de recorrer a Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre para aquisição de bens e serviços; c) prestar contas dos recursos recebidos foi realizado pelo próprio conselho gestor em audiência pública.

Controle Social

O Controle Social está ligado à ideia de fiscalização e de deliberação (CARVALHO, 1995; GAVRONSKI, 2003). Oliveira *et al* (2013, p.2330) estabelecem que “o Controle social é um conceito originado nas Ciências Sociais e está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, pelos grupos sociais e pela sociedade aos quais pertencem, a partir dos valores, das normas e dos comportamentos”.

No modelo de gerência de unidades de saúde implementada pelo Estado do Acre, a inovação se apresenta na execução de ações e serviços de saúde tendo a participação efetiva dos usuários e trabalhadores da saúde.

Essa participação pode ser observada em diversos momentos, como por exemplo, na discussão do PDUS e PTA, nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias dos conselhos gestores e nas audiências públicas de prestação de contas dos recursos recebidos.

é uma perspectiva de participação quer dizer a sociedade participando e também entendendo como funciona o sistema, ajudando a aperfeiçoar o sistema a partir da ótica do usuário, a ótica do usuário é a ótica que o sistema deve incluir quando ela se avalia e quando ela se propõe as mudanças e os ajustes (E2).

Essa experiência foi muito boa **porque nos tínhamos a participação de modo a opinar como o serviço funcionava melhor**, os três lados, gestor, trabalhadores e usuário, então se eu vou olhar as coisas do ponto de vista de um gestor eu vou ver de uma forma e de usuário eu vou ver de outra forma e **o conselho ele nos possibilitou em estarmos juntos cada um colocando as suas dificuldades em busca das soluções (E6 usuário).**

a prestação de contas tinha audiência publica de três em três meses a gente chamava toda a comunidade era aberto era muito boa mesmo era muito participativo (E11 usuário).

A participação dos usuários no conselho gestor, evidenciada nas entrevistas, representam a ideia de fiscalização defendida por Carvalho e Gavronski (2003) considerando que os usuários decidiam de forma efetiva, em conjunto com gestores e trabalhadores, as ações e serviços de saúde prestados pelas unidades de saúde.

Representatividade

Como bem discute Dagnino (2002) ao tratar da representatividade nos espaços públicos de poder, faz-se necessário uma articulação entre as organizações da sociedade civil como forma de assegurar uma representatividade maior, considerando que se predomina uma necessária qualificação técnica, que por vezes impede a rotatividade de representantes, de forma tal que alguns se perpetuam na representação.

É possível constatar a ausência de mecanismos que assegurem ao representante defender os interesses dos representados. Vários são os exemplos em que os representantes buscam um espaço de visibilidade social, refletindo as intenções de natureza político-partidária.

Contudo a gerência das unidades de saúde por intermédio dos conselhos gestores, de acordo com a Lei de Gestão, impede o conselheiro de se reeleger para mais de um mandato e estabelece a prestação de contas em audiência pública para estabelecer a oportunidade de prestar contas à sociedade e aos representados, que para o Estado do Acre se apresenta como uma inovação.

Aspectos Controversos

Conselho Gestor – Função Executiva – Divisão de responsabilidades

A **função executiva** do conselho gestor tendo a participação dos **usuários**, gestores e profissionais de saúde ao tempo que representa uma inovação também representa uma controvérsia. É que ao gerir as unidades de saúde o conselho gestor passou a substituir o Estado, tendo os **usuários** efetiva e direta participação na execução dos recursos.

O conselho gestor exercia a função executiva e não deliberativa, que normalmente se observa, por exemplo, no Conselho Estadual de Saúde do Estado do Acre. Desse modo assumia plenamente a responsabilidade da gerência da unidade de saúde juntamente com o Estado. Com a participação dos usuários no conselho gestor, o controle social se realizou de forma concomitantemente com as ações e serviços prestados à sociedade. Ocorre que o modelo de gerência de unidades de saúde por intermédio do conselho gestor evidencia uma diminuição ou ausência de responsabilidade da gestão governamental, embora pareça crível que o desejo foi a busca pela autonomia local.

Os usuários deixaram de ter a participação na formulação e controle da execução da política de saúde (Lei Federal 8.142/90, art. 2º) e passaram também a ter função executiva. Gohn (2004) destaca que não é esse o papel da sociedade civil nas políticas sociais qual seja, substituir o Estado.

Ainda é de se destacar que nas entrevistas realizadas não é possível identificar que os usuários tivessem a real noção de que ao gerir as unidades de saúde, com a composição determinada pela Lei de Gestão, estavam a substituir o Estado e se responsabilizando pela aplicação correta dos recursos financeiros pactuados no termo de compromisso.

Ao contrário, evidenciaram a agilidade na resolução dos problemas pelo conselho gestor por disporem dos recursos.

O conselho gestor para a maioria das unidades trouxe uma reformulação e uma resolutividade de problemas tanto financeiros como administrativos porque como **você dispõe de dinheiro na sua própria instituição, você tinha como resolver as demandas mais rápidas, tinha como planejar e se organizar para atender a população.** (E7 Trabalhador)

A gestão estadual, portanto, delegou para os conselhos gestores a gerência das unidades de saúde, e os conselheiros usuários passaram a ter oportunidade de serem ouvidos e discutirem as ações e serviços das unidades de saúde; em contrapartida, passaram a dividir a responsabilidade da gerência com a SESACRE e por conseguinte com o Governo. A gerência passou a ser compartilhada, de modo que, se existe o bônus na participação e no poder de decisão dos destinos da unidade de saúde, existe o ônus de se responsabilizar pela correta aplicação dos recursos, o que se reitera não é o papel da sociedade civil (Gohn, 2004).

Estabelecer a função executiva da unidade de saúde ao gerente geral e ao gerente administrativo da unidade de saúde seria a alternativa mais coerente para transpor esse aspecto controverso, de forma que o conselho gestor ficaria numa instância de aprovação das ações executivas de maneira a não perder o poder de autorizar a execução nem tampouco perder o poder de fiscalizar e prestar contas à SESACRE e à sociedade. Continuará ainda, com o poder de determinar a abertura de sindicância, caso constatasse alguma irregularidade antes da aprovação das ações executivas. O modelo ora proposto se diferencia da que foi aplicada quando da implementação da Lei de Gestão porque inexistiria a possibilidade de o usuário ser coordenador do conselho gestor e assinar em conjunto com o gerente administrativo os pagamentos aos fornecedores da unidade de saúde.

Conselho Gestor – Contratação de pessoal

Outro aspecto que merece destaque em relação a um aspecto controverso na gerência das unidades de saúde por intermédio dos conselhos gestores é que mesmo sendo entidades privadas sem fins lucrativos, não permitiu a contratação de pessoal em nenhuma hipótese, fazendo previsão apenas da possibilidade de devolução de servidores do quadro efetivo para a Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

Qual (is) a (s) razão (ões) pela qual (is) a Lei de Gestão não permitiu a contratação de servidores para as unidades de saúde? A resposta a indagação passa por dois aspectos que foram considerados: *primeiro*, as críticas dos trabalhadores da saúde em relação à contratação de pessoal na gerência de unidade de saúde por intermédio de Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), sob o argumento de que fica fragilizada a relação de trabalho em razão da forma de contratação dos profissionais de saúde que não se realizam através de concurso público (NOGUEIRA, 2011); *segundo*, o Estado do Acre criou outra

paraestatal, o PROSAÚDE, sendo este também uma entidade privada sem fins lucrativos que embora tivesse sido criado para contratar profissionais de saúde o seu objetivo primordial era a contratação de médicos para locais de difícil acesso, mantendo dessa forma a contratação de servidores da saúde para o quadro efetivo através de concurso público.

Conselho Gestor – Aquisição de bens e serviços

Em relação à **aquisição de bens e serviços** os conselhos gestores se utilizaram da Lei de Licitações e Contratos (BRASIL. Lei n. 8.666/93) ou da Lei do Pregão para aquisição de bens e serviços comuns (BRASIL. Lei n.10.520/02). Desta forma a aquisição de bens e serviços pelos conselhos gestores em nada se diferencia em relação ao modelo centralizado ou descentralizado de gerência de unidades de saúde existentes nas demais unidades da federação.

d) **Capacitação dos conselheiros.** A capacitação dos conselheiros foi realizada pela SESACRE de modo a buscar alcançar o maior número de conselheiros possíveis. A capacitação de oito horas realizada pela SESACRE apresentou os seguintes temas: História do Sistema Único de Saúde, Participação Social e Controle Social no SUS, Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90, e sobre a organização dos conselhos e atribuições dos conselhos gestores. A capacitação teve como principal objetivo orientar sobre o processo de implementação da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia, destacando-se de forma negativa o tempo reduzido de capacitação. A ausência de conhecimento técnico, como bem destaca Dagnino (2002), é um fator que dificulta a efetiva participação social e a distribuição de poder. A capacitação daqueles que desejam se candidatar a conselheiros e a capacitação contínua dos conselheiros é um dos fatores que podem auxiliar de maneira significativa na participação social e, por conseguinte na distribuição de poder.

5.7 Legalidade da Lei de Gestão

O modelo de gerência de unidades de saúde implementado pelo Estado do Acre apresenta diferenças em relação à gerência de unidades de saúde através de Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) – consideradas legais pelo Supremo Tribunal Federal –, a saber:

a) **em relação à gerência da unidade de saúde:** nas Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, a gerência é realizada por seus gestores; na Lei de Gestão as unidades de saúde assistenciais do Estado do Acre passam a ser geridas por um Conselho Gestor, formado por gestores (indicados pela Secretaria de Saúde), profissionais de saúde (eleitos por seus pares e obrigatoriamente lotados na unidade de saúde) e por usuários de saúde (representantes da sociedade civil, eleitos).

Essa primeira diferença destacada demonstra que, apesar de gerida por uma entidade privada sem fins lucrativos – o conselho gestor –, o Estado se faz presente participando da gerência da unidade de saúde, pela indicação dos gestores, que compõem o conselho gestor da unidade de saúde. Ademais a participação direta na gestão da unidade por profissionais de saúde e usuários de saúde também é elemento diferenciador em relação à gerência de unidades de saúde através de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

É de se observar que a relação do Estado do Acre com o Conselho Gestor se efetivou através de Termo de Compromisso, enquanto que a relação com as Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público se realiza através de Contrato de Gestão e Termo de Parceria, respectivamente. Deve-se destacar que inexistente a participação direta da comunidade quando o Estado efetiva o Contrato de Gestão ou o Termo de Parceria.

b) **em relação à contratação dos profissionais de saúde:** nas Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, a contratação dos profissionais para atuarem nas unidades de saúde é realizada tendo como base legal a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de modo que ditos profissionais não dispõem de estabilidade. Na gerência das unidades de saúde por intermédio do Conselho Gestor, a Lei em nenhum momento tratou da forma de contratação de profissionais da saúde, de modo que não poderia contratar nas normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ou mesmo através de Concurso Público de provas ou provas e títulos. A contratação de pessoal não foi prevista na Lei de Gestão.

c) **em relação à aquisição de bens e serviços para a unidade de saúde:** nas Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, a contratação de bens e serviços para a unidade de saúde pode ser realizada sem a necessidade de licitação, conforme preconiza a Lei n. 8.666/93; essa possibilidade não

foi adotada pelo Conselho Gestor, mesmo sendo uma entidade privada sem fins lucrativos.

O quadro 4 a seguir apresenta as principais diferenças das formas jurídico-institucionais entre Organizações Sociais, Organizações Sociais de Interesse Público e a Lei do Estado do Acre n.1.912, de 31 de julho de 2007.

Quadro 4. Comparativo das formas jurídico-institucionais. Organizações Sociais, Organizações Sociais de Interesse Público e Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.

Características	OS	OSCIP	LEI DE GESTÃO
Lei de criação	Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998	Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999	Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007.
Qualificação	A decisão de qualificação é um ato discricionário do poder público	Atendidos os requisitos legais a qualificação é automática	Não existia necessidade de qualificação.
Tipo de patrimônio	Patrimônio público e próprio	Somente patrimônio próprio	Patrimônio público e próprio
Servidores	Pode haver servidores públicos cedidos pelo poder público	Apenas pessoal próprio da entidade	Apenas servidores públicos.
Representante do poder público	No Conselho de Administração, compondo de 20 a 40% dos membros	Não é prevista a representação do poder público em qualquer órgão de deliberação de entidade	O Secretário de Estado de Saúde indicava o gerente administrativo que exercia a função de tesoureiro do Conselho Gestor
Instrumento contratual	Contrato de gestão	Termo de parceria	Termo de Compromisso

Extraído de: FERREIRA JÚNIOR, adaptado pelo autor. (2016)

Estabelecidos os principais aspectos que diferenciam os modelos de gerências de unidade de saúde faz-se necessário identificar a razão da controvérsia jurídica sobre a legalidade da Lei de Gestão.

A controvérsia se inicia em razão de uma decisão do Tribunal de Contas do Estado do Acre, através do Acórdão n. 7.215, de 24 de março de 2011, que determinou:

“2) Cautelarmente, por notificar o atual gestor da Fundação para suspensão imediata das ações executivas do Conselho Gestor da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE, em face das irregularidades e impropriedades levantadas, que caracterizam o desvio da função legal para ele prevista e o descumprimento das regras de direito administrativo, permitindo a entidade privada gerir, autorizar e aplicar o dinheiro público sem previsão legal e ainda aprovar os seus próprios atos; 3) determinar a Secretária de Estado de Saúde, a Senhora Suely de Souza Melo da Costa, para que determine a suspensão das atividades de gestão de todos os Conselhos Gestores que se encontrem na mesma situação, atuando nas outras Unidades daquela Secretaria;”

O acórdão determinando a suspensão das atividades dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde Acre, cujo relatório – mais especificamente em relação à conclusão e voto –, será analisado à luz das seguintes normas: Lei n. 8.080/90 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”; Lei n. 8.142/90, que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007 – Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.

Iniciando a análise da legalidade pelo Acórdão n. 7215 do Tribunal de Contas do Estado do Acre, observa-se que a base para a indicação da ilegalidade da Lei de Gestão pode ser observada na conclusão e voto do relator, quando este afirma que

“Este tratamento do Conselho Gestor, entidade jurídica de natureza privada, como órgão de gestão, desvirtua a incumbência a ele atribuída em lei, que é a de atuar como órgão apenas deliberativo da unidade, conforme prevê o caput do art. 8º, da Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007.

Art. 8º. Em todas as unidades de saúde da SESACRE ou da FUNDHACRE funcionará um Conselho Gestor, órgão deliberativo máximo da unidade, constituído sob a personalidade jurídica de direito privado e sem fins lucrativos”.

Antes de adentrar a discussão do texto do artigo 8º da Lei de Gestão Democrática (Lei n. 1.912/07) é oportuno destacar um trecho da mensagem governamental enviada à Assembleia Legislativa do Estado do Acre, de n. 106, de 3 de julho de 2007, Projeto de Lei n. 32/2007), onde o então governador expôs

De fato, a nova concepção do Sistema de Saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a Sociedade, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da saúde pública.

A mensagem enviada à Assembleia Legislativa do Estado do Acre indica que a norma teve como espírito, como regra norteadora, à descentralização e a administração democrática, com a participação da sociedade.

Retomando a análise efetivada pelo Tribunal de Contas do Estado do Acre em relação ao art. 8º, é possível identificar que aquele entendimento não parece ser o mais adequado. Ao se analisar uma norma, necessário se faz buscar o objetivo almejado pelo legislador no conjunto dos artigos que a compõem, ainda mais quando fora discutida com os atores envolvidos.

O art. 2º da Lei de Gestão estabeleceu o que deveria ser entendido como gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre.

Art. 2º Para os fins desta lei, entende-se por gestão democrática da saúde o processo sistemático de tomada de decisão com a participação dos usuários, profissionais de saúde e gestores, cujos meios e procedimentos visam alcançar os objetivos da unidade de saúde, observando os aspectos técnicos, administrativos e gerenciais do processo de assistência à saúde, conforme disposto nesta lei.

Dessa forma, o processo de tomada de decisão na gerência das unidades de saúde passou pela participação dos usuários, profissionais de saúde e gestores. Uma análise do art. 4º da norma que estabelece os princípios da Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre indica que as atribuições **não seriam apenas deliberativas**.

Art. 4º São princípios da Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre:

I - garantia de centralidade da unidade de saúde no sistema;

II - gestão descentralizada, com autonomia para a unidade de saúde elaborar e implementar:

a) o Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde - PDUS, que define os objetivos gerais, estratégias, metas e ações a serem desenvolvidas pela unidade;

b) os indicadores de resultados; e

c) o Plano de Trabalho Anual - PTA, que define a aplicação dos recursos financeiros descentralizados para o Conselho Gestor da unidade de saúde.

III - gestão participativa que garanta a presença de todos os segmentos nos processos de elaboração das políticas para a unidade de saúde, em suas instâncias decisórias e nas estratégias de acompanhamento das ações implementadas;

IV - gestão de responsabilidade com definição de atribuições e competências;

V - gestão de resultados com processos definidos de acompanhamento, avaliação permanente e prestação de contas;

VI - gestão estratégica com foco voltado para a resolutividade e qualidade da atenção à saúde; e

VII - garantia do funcionamento das unidades no Sistema de Saúde, visando à integralidade do sistema.

Os princípios apresentam a base de sustentação da norma, de onde se pode destacar a gerência descentralizada, com autonomia para a unidade de saúde elaborar o PDUS e o PTA.

E quando a norma trata das atribuições do Conselho Gestor no art. 22, estabelece de quem é a responsabilidade do PDUS.

Art. 22. São atribuições do Conselho Gestor da unidade de saúde:

I - elaborar seu regimento;

II - enviar o PDUS para análise e aprovação da SESACRE;

III - enviar o regimento interno da unidade de saúde para análise da SESACRE;

IV - revisar, no mês de julho de cada ano, o regimento interno da unidade de saúde, de acordo com a legislação vigente;

V - analisar e aprovar o PDUS até o final do mês de abril de cada ano, promovendo as adequações necessárias, de acordo com a legislação vigente;

VI - apresentar, trimestralmente, em audiência pública, a prestação de contas dos recursos recebidos e executados, a produtividade hospitalar e o alcance das metas pactuadas;

VII - analisar, aprovar ou reprovocar a prestação de contas dos recursos recebidos e aplicados na unidade de saúde, promovendo as adequações necessárias, de acordo com a legislação vigente;

VIII - enviar à SESACRE ou à FUNDHACRE relatório bimestral sobre a manutenção do espaço físico da unidade de saúde, observando critérios de padrões básicos estabelecidos em instrução normativa;

- IX - acompanhar as ações desenvolvidas pela direção da unidade de saúde; e
- X - deliberar sobre a devolução de profissionais de saúde lotados na unidade à SESACRE ou à FUNDHACRE”.

A norma apresenta a obrigação atribuída ao Conselho Gestor de apresentar trimestralmente, em audiência pública, a prestação de contas dos recursos recebidos e **executados** (ACRE, Lei n. 1.912/07, art. 22, VI)

Caso o conselho gestor tivesse função deliberativa como indicado no Acórdão do Tribunal de Contas do Estado do Acre, não seria necessário prestar contas dos recursos recebidos e **executados** como determina a Lei de Gestão. Ao receber recursos, executar e realizar a prestação de contas, não se vislumbra como se firmar o entendimento que tal conselho teria função deliberativa, de modo que o art. 8º não pode ser analisado de forma literal.

Para além dessas análises, a Lei de Autonomia Financeira (ACRE, Lei n. 1.910/07) estabeleceu em seu art. 1º:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde, com a finalidade de promover a transferência de recursos financeiros em favor das unidades de saúde integrantes da estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE e Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE, visando à melhoria de qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

O art. 2º da citada norma indica quem seriam os beneficiados pelo programa de autonomia financeira.

Art. 2º Serão beneficiárias do Programa as unidades de saúde que tenham Conselhos Gestores regulamentados e instalados.
Parágrafo único. Os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde atuarão como unidades executoras, recebendo, executando e prestando contas dos recursos transferidos.

Com a análise interpretativa da norma é possível reiterar que os conselhos gestores das unidades de saúde passaram a atuar como unidades executoras, recebendo, **executando** e prestando contas dos recursos transferidos.

Em sendo o conselho gestor uma instituição privada, sem fins lucrativos, unidade executora de recursos, é possível afirmar ser legítimo estabelecer uma comissão de licitação para a aquisição de bens e serviços, embora inexista obrigatoriedade legal nesse sentido.

As aquisições realizadas através de processo licitatório estabelecem uma transparência na aquisição de bens e serviços que contribuem para a lisura na aplicação dos recursos públicos, mesmo se tratando de uma entidade de natureza privada, embora inexista obrigatoriedade legal.

Os processos licitatórios geraram contratos que foram executados de acordo com o estabelecido no processo licitatório, sendo objeto de prestação de contas.

A afirmação do Tribunal de Contas do Estado do Acre de que os pagamentos de despesas eram realizados com recursos da Fundação não encontra guarida na documentação analisada na pesquisa, em especial nos termos de compromisso. Os recursos repassados através de Termo de Compromisso aos Conselhos Gestores eram destinados ao conselho gestor da FUNDHACRE, não eram recursos da FUNDHACRE.

O conselho gestor recebia e executava os recursos por disposição legal (ACRE, Lei n. 1.910/2007) e, sendo uma entidade privada sem fins lucrativos, não tinha a obrigação de empenho, liquidação e pagamento como defendido pelo Tribunal de Contas do Estado do Acre.

O voto analisado ainda destaca que

Diante das irregularidades acima elencadas, concluímos que esta situação se caracteriza como uma aberração na Administração da Fundação, haja vista que fere todos os princípios constitucionais da Administração Pública, pois na realidade temos uma entidade de direito privado, que faz os pagamentos com recursos públicos, os autoriza, firma os contratos necessários e respectivos aditivos em nome da instituição pública, ordena todas as demais ações da Fundação, e por fim, analisa e aprova os seus próprios atos, burlando o controle administrativo contido no regramento de despesa pública, o que dificulta o controle e facilita o desvio de recursos e deteriora procedimentos, conforme afirmado anteriormente.

Analisando esse último argumento exposto no Acórdão do Tribunal de Contas do Estado do Acre, convém destacar que, ao analisar os documentos coletados na pesquisa (termos de compromisso, estatuto dos conselhos gestores, atas de reunião e avisos de licitação) o conselho gestor das unidades de saúde respeitava os princípios

constitucionais administrativos explícitos, quais sejam: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. A gestão dos recursos era realizada de acordo com o Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS) e Plano de Trabalho Anual (PTA), cujas transferências estavam previstas em lei; as aquisições eram realizadas através de processo licitatório, garantindo-se a impessoalidade, a moralidade e a publicidade; os recursos eram aplicados de forma a buscar a eficiência na administração dos recursos públicos, sendo estes um dos fatores para a descentralização da gerência das unidades de saúde.

Ainda se utilizando dos documentos indicados, não é possível identificar que o conselho gestor da FUNDHACRE tenha assumido despesas em nome da FUNDHACRE por ser uma instituição privada, legalmente constituída e detentora de poderes para contrair direitos e obrigações.

O Parecer do Tribunal de Contas da União (Acórdão n. 1.685/2011), que será analisado em seguida, destaca que

“... cabe a tais conselhos efetuar as contratações necessárias ao bom desempenho de suas respectivas unidades de saúde, devendo as faturas, recibos, notas fiscais ou quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas serem emitidos em seu nome, conforme definido nos termos de compromisso, como mencionado anteriormente”.

Em relação à aprovação da prestação de contas pelo conselho gestor a Lei de autonomia financeira (ACRE, Lei n. 1.910/2007), nos artigos 5º a 7º, dispõe:

Art. 5º Ficam a SESACRE e a FUNDHACRE autorizadas a não transferir os recursos para as unidades de saúde que deixarem de realizar os seguintes procedimentos:

I - efetuar seu cadastro, bem como o de sua unidade executora, na forma e nos prazos estabelecidos em instrução normativa;

II - executar os recursos com observância da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, que dispõe sobre normas para licitações e contratos da administração pública e da instrução normativa regulamentadora do Programa; ou

III - apresentar prestação de contas, na forma e nos prazos estabelecidos na instrução normativa a que alude o inciso IV do art. 4º.

Parágrafo único. No caso de suspensão da transferência, a SESACRE ou a FUNDHACRE, conforme o caso assumirá provisoriamente a gestão da unidade, apurando em procedimento administrativo as causas e as responsabilidades.

Art. 6º Na hipótese da prestação de contas do Conselho Gestor não ser aprovada ou não ser encaminhada no prazo convencionado, a SESACRE ou FUNDHACRE, conforme o caso, estabelecerá o prazo

máximo de trinta dias para a sua regularização ou apresentação, sob pena de instauração de Tomada de Contas Especial e suspensão dos repasses, na forma do art. 5º.

Parágrafo único. O responsável pela prestação de contas que inserir documento ou declaração falsa ou diversa da que deveria ser inscrita, com o fim de alterar a verdade sobre os fatos, será responsabilizado civil, penal e administrativamente.

Art. 7º A SESACRE, a FUNDHACRE e os órgãos de controle interno do Poder Executivo fiscalizarão os recursos transferidos de que trata esta lei.

A prestação de contas era instrumento obrigatório para avaliação da SESACRE, e a inobservância da regularidade ou dos prazos de entrega poderia ser punida com instauração de tomada de contas especial.

É importante destacar que a SESACRE, FUNDHACRE e os órgãos de controle interno do Poder Executivo tinham a obrigação de fiscalizar os recursos transferidos para os conselhos gestores.

O Acórdão n. 1.685, de 22 de junho de 2011 é resultado de auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União na Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre (Processo TC-021.660/2010-7, com 01 anexo e 11 volumes).

No voto do relator, este destaca que

Com efeito, o exame dos dispositivos constantes nos termos de compromissos celebrados entre a Sesacre e as unidades de saúde revelou que foram atendidos os pressupostos estabelecidos na legislação específica como pode ser depreendido dos termos a seguir transcrito:

CLÁUSULA TERCEIRA – Da transferência de Recursos e da Movimentação Financeira.

3.1 A transferência de recursos pela Sesacre e a movimentação financeira do Conselho gestor da unidade de saúde deverão ser efetuadas em conta corrente específica, em instituição financeira oficial.

3.2 A movimentação financeira dos recursos transferidos pela Sesacre será efetuada mediante cheque nominativo, e/ou ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade autorizada pelo Banco Central do Brasil, devidamente assinado pelo coordenador do Conselho Gestor e o seu tesoureiro em que fiquem identificados sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

3.3 Fica expressamente vedada a utilização dos recursos em finalidades diversas ao estabelecido no Plano de Trabalho Anual, parte integrante deste instrumento.

.....
Como se vê, os recursos serão mantidos em contas específicas e movimentadas sob a fiscalização do Conselho gestor de cada unidade

de saúde, que deverá prestar contas da aplicação, nos termos definidos nas normas pertinentes.

.....
 ... cabe a tais conselhos efetuar as contratações necessárias ao bom desempenho de suas respectivas unidades de saúde, devendo as faturas, recibos, notas fiscais ou quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas serem emitidos em seu nome, conforme definido nos termos de compromisso, como mencionado anteriormente.

... Com efeito, à luz do que estabelecem os termos de compromisso, os Conselhos Gestores deverão apresentar a prestação de contas dos recursos recebidos, sendo prevista também a designação de equipe técnica da Sesacre para acompanhar a execução das atividades físicas e financeiras.

O primeiro aspecto que se deve destacar do Parecer ora em análise é de que o relator destaca que os recursos eram executados por um conselho gestor que geria os recursos das unidades de saúde, o que sugere que o conselho gestor foi considerado uma entidade legal e legítima para receber e executar os recursos destinados às unidades de saúde, de modo que não estão sujeitas a suspensão ou apresentem qualquer vício de legalidade que as torne inconstitucionais.

Pensar de forma diversa seria entender que o Tribunal de Contas da União não analisou de forma aprofundada a figura jurídica dos conselhos gestores, o que não parece condizer com o parecer que destaca que

“Com efeito, **o exame dos dispositivos constantes dos termos de compromissos** celebrados entre a Sesacre e as unidades de saúde ... (Acórdão 1.685/11, pág. 37) (*Grifamos*)

Os recursos financeiros analisados pelo Tribunal de Contas da União eram recursos federais repassados pela União, que necessitam de prestação de contas da mesma forma que os recursos estaduais. Embora não se possa tratar de hierarquia em termos de Tribunal de Contas – porque inexistente hierarquia nesse sentido –, seria, no mínimo, controverso o Tribunal de Contas da União aprovar a prestação de contas dos recursos repassados pela União para a Secretaria de Estado de Saúde do Acre, que por conseguinte repassava aos conselhos gestores, e o Tribunal de Contas do Estado reprovava as contas da Secretaria em razão da transferência dos recursos para o conselho gestor através do Termo de Compromisso.

Oportuno destacar que a análise realizada pelo Acórdão do Tribunal de Contas do Estado do Acre data de 24 de março de 2011, e a realizada pelo Tribunal de Contas da União – Acórdão n. 1685, data de 22 de junho de 2011, ou seja, pouco mais de dois meses após o Acórdão do Tribunal de Contas do Estado do Acre.

A controvérsia relativa à Lei de Gestão Democrática poderia ser superada, caso o Poder Executivo tivesse tido interesse em dar continuidade a esse modelo de gestão, através de conselhos gestores, bastando, para tanto, solicitar o pronunciamento do Poder Judiciário quanto a sua legalidade.

O que se observa é que na verdade foi uma decisão política de revogar a Lei de Gestão e a Lei de Autonomia, de forma que as unidades de saúde retornassem ao modelo centralizado de gerência de unidades de saúde.

5.7 Revogação da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia

A revogação nas palavras de Melo (2013) consiste em retirar a validade de uma norma por meio de outra norma, de maneira que a anterior passa a não pertencer mais ao sistema jurídico e não ser mais considerada válida. Ocorrendo a revogação total da norma, denomina-se ab-rogação; quando parcial derrogação.

A Lei de Autonomia Financeira foi revogada em sua totalidade (ab-rogação) pela Lei do Estado do Acre n. 2.526, de 29 de dezembro de 2011, considerando os termos do art. 7º, que estabelece: “Art. 7º Fica revogada a Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007, que instituiu o programa de autonomia financeira das unidades de saúde estaduais”.

Em relação à Lei de Gestão (ACRE, Lei n. 1.912/2007), esta foi revogada parcialmente (derrogação) pela citada Lei n. 2.526/2011 (Anexo III), merecendo destaque a alteração ocorrida no parágrafo único do art. 2º, que passou a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º.....
 Parágrafo único. É assegurada à sociedade, por intermédio de sua representatividade, participar com o poder público do estabelecimento e fiscalização das políticas públicas de saúde e da aplicação dos seus recursos.

A alteração retira a participação da sociedade, através de sua representatividade, com o poder público da **execução** das políticas públicas, cuja garantia estava prevista no parágrafo único do art. 2º da Lei de Gestão, nos seguintes termos:

Art. 2º.....
 Parágrafo único. É assegurada à sociedade, através de sua representatividade, participar com o poder público do estabelecimento, **execução** e fiscalização das políticas públicas de saúde e da aplicação dos seus recursos (*grifamos*)

Os conselhos gestores das unidades de saúde, com a Lei n. 2.526/2011, passaram a se denominar “conselho popular de saúde” (art. 2º).

As revogações ocorridas – total ou parcial – representam uma alteração profunda no modelo de gerir das unidades de saúde, de modo que o governo fez a clara opção de retornar a gerência das unidades de saúde para o modelo centralizado.

Duas situações merecem destaque na opção de revogação da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia: primeiro, o governador que enviou a revogação das normas para aprovação da Assembleia Legislativa do Estado do Acre é do mesmo partido político daquele que as havia discutido com a sociedade; segundo: o modelo centralizado de gestão apresentava problemas que foram destacados pelo então governador à época da criação e implementação das normas, cuja experiência parece sobrepor a da descentralização da gerência das unidades de saúde por intermédio dos conselhos gestores.

Ao que se sugere, a avaliação do governo que revogou a norma é de que a centralização é o melhor modelo de gerir as unidades de saúde no Estado do Acre. No entanto dita avaliação não coincide com a dos informantes-chave dos três segmentos (usuários, gestores e trabalhadores) que participaram do conselho gestor, considerando os dados coletados nas entrevistas, dos quais é possível destacar:

A mudança é que a gestão voltou atrás 50 anos. Voltou e está difícil do pessoal entender isso, perdeu-se todos aqueles padrões de unidade, tudo bem que a gente sabe que quatro anos muita coisa aumentou serviço, mais a própria secretaria mão continuou atualizando o padrão, padrão de pessoal e essas coisas outras (E7 gestão)

Eu queria pedir um momento para ficar em silêncio e queria que você citasse isso no seu relatório, que nesse momento eu fiquei em silêncio para poder pensar na barbárie que foi feita e isso digo com conhecimento porque sou como falei há 25 anos, eu conheço a saúde, milito na saúde, sei o que é a saúde pública do ponto de vista empírico e científico, conheço o senso comum e conheço a academia, então eu posso falar de tudo e posso lhe dizer que um instrumento de gestão que a Lei de Gestão Democrática trouxe para as unidades de saúde, de repente ser revogada e não aprimorada, algo que foi debatido com toda a sociedade isso é ir de encontro aos desejos da sociedade é impor o que a sociedade não queria porque o que a sociedade queria era a gestão democrática e foi usado mecanismos muito cruel para poder justificar a revogação, mecanismo de que não deu certo (E14trabalhador)

... uma grande perda a gente conquistou com muita luta não foi fácil conseguir e quando entrou essa nova gestão que é o atual governo ele retirou e aí foi muita perda para nós trabalhadores, foi perda para os usuários e foi perda para a própria gestão(E5trabalhador)

O conselho gestor era mais incomodo para a própria gestão, para a própria administração dos bens públicos esse era mais incomodo e aí o que fizeram, fizeram suavizar mudaram de uma hora para outra sem haver uma ampla discussão (E10 usuário)

A revogação das normas na visão dos atores envolvidos representa um retrocesso tão significativo que vem se discutindo a retomada da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia.

... nós ainda continuamos lutando na lei de gestão democrática voltar para as unidades, nós temos um deputado que é representante dos trabalhadores que é da área da saúde que uma cobrança nossa dele e uma das primeiras pautas dele que a gente pediu é que ele lutasse pela lei de gestão democrática da saúde porque nós concordamos que a lei de gestão democrática é grande parte da solução dos problemas das unidades, hoje falta tudo, falta medicamentos as vezes falta seringas, falta luva, falta coisas mínimas que dá para resolver pela lei de gestão democrática (E5trabalhador).

Além da possibilidade de retomada da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia, o governo do Estado do Acre pode ainda descentralizar a gerência de unidades de saúde por intermédio de Organizações Sociais (OS) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), como é o caso, inclusive, de uma unidade de saúde do Estado do Acre, localizada no município de Cruzeiro do Sul, segunda maior cidade do Estado do Acre. Importante reiterar que existem experiências recentes de parcerias público-privadas como forma de gerência de unidades de saúde no Brasil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gerência de unidades de saúde de média e alta complexidade adotado pelo Estado do Acre apresenta como **méritos** a descentralização, a autonomia e a participação da comunidade.

A **descentralização**, evidenciada pela distribuição de poder para gerir as unidades de saúde aos conselhos gestores.

A **autonomia** pode ser identificada pela a transferência dos recursos financeiros para que os conselhos gestores pudessem gerir as unidades de saúde. Nesse sentido, o Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde (PDUS) e o Plano de Trabalho Anual (PTA), se apresentam como instrumentos gerenciais de suma importância para a gerência das unidades de saúde por dois motivos: primeiro, porque inexistiam ferramentas gerenciais nas unidades de saúde; segundo, porque fora construída de forma coletiva com todos os setores das unidades de saúde.

A **participação da comunidade** por sua vez vislumbra-se de forma mais efetiva pela participação dos usuários na gerência das unidades de saúde por comporem, em sua maioria, o conselho gestor.

Com aspecto **controverso** importante, o modelo adotado pelo Estado do Acre apresenta a participação da comunidade, através dos usuários, gerindo as ações e serviços das unidades de saúde, comprova a divisão de responsabilidade com o Estado, não sendo, como bem aponta Gohn (2004) esse o papel da sociedade civil nas políticas sociais qual seja, substituir o Estado.

A reflexão sobre a legalidade da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia das unidades de saúde à luz da Lei n. 8.080/90 e da Lei n. 8.142/90 que estabelecem as normas do Sistema Único de Saúde e dos argumentos contidos em acórdão do Tribunal de Contas da União, permitem identificar que se tratam de normas que em tese não apresentam vícios de legalidade.

A análise dos dados coletados na pesquisa permitem ainda destacar aspectos inovadores e controversos no modelo de gerência de unidades de saúde implementado pelo Estado do Acre.

O modelo implementado pelo Estado do Acre não foi continuado por alegadas razões de natureza jurídica, sendo que os dados analisados sugerem que se tratou de razão eminentemente de ordem política.

Apesar do curto período de vigência da norma, 2007 a 2011, é possível identificar que o modelo de gerência de unidades de saúde implementada pelo Estado do Acre mostrou ser uma alternativa de gerência de unidades de saúde descentralizada e participativa de modo a incentivar a organização e realização dos conselhos gestores.

Na medida em que estabelece a gestão compartilhada com atores que efetivamente vivenciam o cotidiano da unidade de saúde e, por conseguinte, conhecem as suas reais necessidades, o modelo adotado pelo Estado do Acre, apresenta, no mínimo, a necessidade de reflexão com vistas a fortalecer as relações entre o estado e a sociedade.

REFERÊNCIAS

ACRE. Lei n. 1.513, de 11 de novembro de 2003. Dispõe sobre a gestão democrática do sistema de ensino público do Estado do Acre e dá outras providências. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei1513.pdf>. Acesso em: 05abr2014.

____ Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007. Institui o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei1910.pdf>. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007. Dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei1912.pdf>. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 2.031 de 26 de novembro de 2008. Institui o Serviço Social de Saúde do Acre, paraestatal de direito privado, na forma que especifica. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei2031.pdf>. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n.2.526, de 29 de dezembro de 2011. Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre. Disponível em <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2014/09/Lei2526.pdf>. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 3.141, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre a gestão democrática das unidades escolares da rede pública estadual de educação básica do Acre. Disponível em: <http://www.al.ac.leg.br/leis/wp-content/uploads/2016/07/Lei3141.pdf>. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Secretaria de Estado da Saúde. Manual do Plano de Desenvolvimento das Unidades de Saúde (PDUS). Rio Branco, 2007.

____ Secretaria de Estado da Saúde. Portaria 1.034, de 17 de novembro de 2015. Manual de Compras de Medicamentos.

____ Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015, 2012.

____ Tribunal de Contas do Estado. Acórdão n. 7.215/2011. Relator: Antônio Jorge Malheiro. Sessão de 24/3/2011. Ordinária. Disponível em http://app.tce.ac.gov.br/repositorio/elegis/TP12_N7215_UG402.pdf.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ANDRADE, L. R.A. **FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia**. 2009. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

ASSUNÇÃO, A. A; BRITO, J. **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BARBOSA, N. B; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BAHIA. L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificção. In: N. Santos; Amarante, P. D. C.(Org.). *Gestão pública e relação público/privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.p. 115-128.

BERENGER, M. M. **Descentralização ou desconcentração**: AIS – SDUS –SUS. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

BISPO JÚNIOR, J. P; GERSCHMAN, Sílvia. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 183-193, jan. 2015.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. Brasília, DF: UnB, CEFSS, 2009. Disponível em: <http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/03f0f226339d4dbe3cd14e5188bf8e06304333ce.pdf>. Acesso em: 10 mai 2014.

BUARQUE, S. C. **Construindo o desenvolvimento local sustentável**: metodologia de planejamento. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.

_____. Lei n. 8.080 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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso em: Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 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 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8987cons.htm. Acesso em: Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9790.htm. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Lei n. 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/111079.htm. Acesso em: 10 jan 2016.

____ Lei n. 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis n^{os} 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no

2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/111947.htm. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Decreto-Lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm. Acesso em: Acesso em: 05 abr 2014.

____ Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução n. 4, de 17 de março de 2009. Dispõe sobre os processos de adesão e habilitação e as formas de execução e prestação de contas referentes ao Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), e dá outras providências. Disponível em: ftp://ftp.fnnde.gov.br/web/resolucoes_2009/res04_17032009.pdf. Acesso em: 05 abr 2014.

____ Tribunal de Contas da União. Acórdão n. 1685/2011. Plenário. Relator: Ministro José Jorge. Sessão de 22/6/2011. Ordinária. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1685-24/11-P.

____ Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 291, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde em sua versão final, após parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/reginter.htm>. Acesso em: 17 abr 2015.

____ Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 17 abr 2015.

____ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

____ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011.

____ Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação **Programa Dinheiro Direto na Escola**. Disponível em:

<http://www.fnde.gov.br/programas/dinheiro-direto-escola/dinheiro-direto-escola-apresentacao>. Acesso em: 10 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, DF, 1995.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B.(Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro :Rede Sirius, UERJ, 2011.

BRAVO, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal.**Serviço Social e Saúde**, São Paulo, n.105, p. 185-187, 2011.

BRESSER-PEREIRA L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4,p. 55-72, 2000.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE, IBAM, 1995.

CARVALHO, G. de C. M.**Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE, CEAP, 2007.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação.**Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 1,p.138-151, 2012.

CORREIA. M. V. C; PRÉDES, R. L. **As formas de gestão do trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas: relatório técnico da pesquisa**. Maceió: UFAL, 2009.

CUNHA JUNIOR, L. A. P.; SALGADO, V. A. B; ALMEIDA, V. J. **Propostas de taxonomias para órgãos e entidades da Administração Pública Federal e outros entes de cooperação e colaboração**. Brasília-DF: Editora IABS, 2012. (Inovação na Gestão Pública. Cooperação Brasil-Espanha, 4).

DAGNINO, E. (Org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 29.ed. São Paulo: Forense, 2016.

FERREIRA JUNIOR, W. C. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas**: estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde.2004. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) -Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

FONSECA, D. R.; CAMPOS, N. G. Análise das dimensões e graus de autonomia para desempenho da gestão estratégica de pessoas em organizações públicas. In: Encontro de Administração Pública e Governo - EnAPG, 2012, Salvador, BA. Anais. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2012/2012_EnAPG481.pdf.

GAVRONSKI, A. A. **A Participação da comunidade como Diretriz do SUS**. 2003. Monografiade Conclusão do Curso(Especialização em Direito Sanitário à Distância) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.20-31, 2004.

JACOBI, P. R. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 443-454, 2002.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de direito administrativo**. 12. ed. rev., atual. ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2016.

LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MAZZA, A. **Manual de Direito Administrativo**. 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MEDAUAR, O. **Direito Administrativo moderno**. 18.ed.rev. atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

MELO, L. F. **Reformas educacionais e gestão democrática no Estado do Acre**: repercussões no trabalho do núcleo gestor da escola.2010. Tese (Doutorado em Educação)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MELO, C. E. S. Interpretação e consistência: o problema das antinomias e da revogação.**Scientiam Juris**, Aquidabã, v.1, n.1, p.57-65, 2013.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MODESTO, P. E. G. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, n. 210, p. 195-212, 1997.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: SANTOS, N; AMARANTE, P. (Org). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.p.24-47.

OLIVEIRA, A. M. C; IANNI, A. M. Z; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2329-2338, 2013.

OLIVEIRA, M. L; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em Saúde Pública em unidades de saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1,p.141-153, 2009.

OLIVEIRA, M; FREITAS, H. Focus group, pesquisa qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. São Paulo: RAUSP, v. 33, n. 3, jul-set, 1998.

PEREZ, M. A. Contratos com Organizações Sociais no setor de saúde precisam de mudanças. **Revista Eletrônica Consultor Jurídico**, São Paulo, 27 de maio 2016. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2016-mai-27/marcos-perez-contratos-saude-mudancas>. Acesso em: 28 mai. 2016.

RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ROCHA, R.A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista da Pós-Graduação em Ciências Sociais**, São Luís, v. 1, n. 11, 2009.

SALIBA, N. A₂ et al. Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p.1369-1378, 2009.

SANTOS, L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N.;AMARANTE, P. D. C. (Org). Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 24-47.

SANTOS, E. M. dos. Gestão participativa: estratégia de consolidação do sistema único de saúde.**Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 30, n. 2, p. 107-112, 2009.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 11. ed.rev. atual. Niterói: Impetus, 2015.

SIENA, O. **Metodologia da pesquisa científica**: elementos para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos. Porto Velho, 2007. Disponível em: http://www.ppga.unir.br/downloads/104_manual_de_trabalho_academicorevisado_2011.pdf. Acesso em: 12 mai. 2015.

TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos.**Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 5, p. 31-51, 1991.

TOBAR. F. **Descentralização e financiamento dos serviços de saúde no Brasil**. 1995.Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1995.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S07-S18, 1998. Suplemento 2.

WEICHERT, M. A.Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades.**Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 1,p. 81-97, 2009.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. trad. Daniel Grassi. – 4. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO I

Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007

Institui o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE

FAÇO SABER que a Assembleia Legislativa do Estado do Acre decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde, com a finalidade de promover a transferência de recursos financeiros em favor das unidades de saúde integrantes da estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE e Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE, visando à melhoria de qualidade da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Serão beneficiárias do Programa as unidades de saúde que tenham Conselhos Gestores regulamentados e instalados.

Parágrafo único. Os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde atuarão como unidades executoras, recebendo, executando e prestando contas dos recursos transferidos.

Art. 3º O Programa será financiado com recursos provenientes do Orçamento Geral do Estado do Acre, Órgão 821 – Secretaria de Estado de Saúde, Unidade 607 – Fundo Estadual de Saúde- FUNDES e Unidade 302 – FUNDHACRE, e será regulamentado mediante decreto.

Parágrafo único. Os recursos transferidos destinam-se à cobertura de despesas com aquisição de material de consumo e permanente, prestação de serviços, encargos sociais e tributos.

Art. 4º A gestão dos recursos pela unidade de saúde obedecerá, sequencialmente, aos seguintes procedimentos:

I - elaboração do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde - PDUS, com participação de representantes dos usuários, dos servidores e da gerência da unidade, baseando-se nos princípios, diretrizes e normas do SUS e nas orientações contidas em instrução normativa;

II - análise e aprovação do PDUS pela coordenação do Programa de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais e por órgãos da estrutura organizacional da SESACRE e FUNDHACRE, definidos em instrução normativa para desempenharem essa função;

III - realização das despesas aprovadas no PDUS; e

IV - prestação de contas na forma e nos prazos estabelecidos em instrução normativa.

Parágrafo único. A aprovação do PDUS será pré-requisito para a liberação dos recursos do FUNDES ou da FUNDHACRE e observará orientações contidas em instrução normativa, com o objetivo de solucionar problemas de ordem técnica que possam ocasionar desvio das finalidades do programa e a não aprovação da prestação de contas da unidade.

Art. 5º Ficam a SESACRE e a FUNDHACRE autorizadas a não transferir os recursos para as unidades de saúde que deixarem de realizar os seguintes procedimentos:

I - efetuar seu cadastro, bem como o de sua unidade executora, na forma e nos prazos estabelecidos em instrução normativa;

II - executar os recursos com observância da Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, que dispõe sobre normas para licitações e contratos da administração pública e da instrução normativa regulamentadora do Programa; ou

III - apresentar prestação de contas, na forma e nos prazos estabelecidos na instrução normativa a que alude o inciso IV do art. 4º.

Parágrafo único. No caso de suspensão da transferência, a SESACRE ou a FUNDHACRE, conforme o caso, assumirá provisoriamente a gestão da unidade, apurando em procedimento administrativo as causas e as responsabilidades.

Art. 6º Na hipótese da prestação de contas do Conselho Gestor não ser aprovada ou não ser encaminhada no prazo convencionado, a SESACRE ou FUNDHACRE, conforme o caso, estabelecerá o prazo máximo de trinta dias para a sua regularização ou apresentação, sob pena de instauração de Tomada de Contas Especial e suspensão dos repasses, na forma do art. 5º.

Parágrafo único. O responsável pela prestação de contas que inserir documento ou declaração falsa ou diversa da que deveria ser inscrita, com o fim de alterar a verdade sobre os fatos, será responsabilizado civil, penal e administrativamente.

Art. 7º A SESACRE, a FUNDHACRE e os órgãos de controle interno do Poder Executivo fiscalizarão os recursos transferidos de que trata esta lei.

Art. 8º Qualquer pessoa física ou jurídica poderá denunciar à SESACRE, à FUNDHACRE ou aos órgãos de controle interno do Poder Executivo as irregularidades identificadas na aplicação dos recursos do Programa.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Rio Branco, 31 de julho de 2007, 119º da República, 105º do Tratado de Petrópolis e 46º do Estado do Acre.

ARNÓBIO MARQUES DE ALMEIDA JÚNIOR

Governador do Estado do Acre

ANEXO II

Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007

Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre

O GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE

FAÇO SABER que a Assembléia Legislativa do Estado do Acre decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Da Concepção de Gestão Democrática

Art. 1º Esta lei dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre.

Art. 2º Para os fins desta lei, entende-se por gestão democrática da saúde o processo sistemático de tomada de decisão com a participação dos usuários, profissionais de saúde e gestores, cujos meios e procedimentos visam alcançar os objetivos da unidade de saúde, observando os aspectos técnicos, administrativos e gerenciais do processo de assistência à saúde, conforme disposto nesta lei.

~~**Parágrafo único.** É assegurada à sociedade, através de sua representatividade, participar com o poder público do estabelecimento, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde e da aplicação dos seus recursos.~~

Parágrafo único. É assegurada à sociedade, por intermédio de sua representatividade, participar com o poder público do estabelecimento e fiscalização das políticas públicas de saúde e da aplicação dos seus recursos. (Nova redação dada pela Lei 2.526, de 29 de dezembro de 2011).

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Fins da Gestão Democrática

Art. 3º A Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre será exercida em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e às determinações da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”.

Art. 4º São princípios da Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre:

I - garantia de centralidade da unidade de saúde no sistema;

~~**II** - gestão descentralizada, com autonomia para a unidade de saúde elaborar e implementar;~~

II - gestão descentralizada, com autonomia para a unidade de saúde elaborar: (Nova redação dada pela Lei 2.526, de 29 de dezembro de 2011).

a) o Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde - PDUS, que define os objetivos gerais, estratégias, metas e ações a serem desenvolvidas pela unidade;

b) os indicadores de resultados; e

~~**c)** o Plano de Trabalho Anual - PTA, que define a aplicação dos recursos financeiros descentralizados para o Conselho Gestor da unidade de saúde.~~

c) o Plano de Trabalho Anual - PTA, que define a aplicação dos recursos financeiros na unidade de saúde. (Nova redação dada pela Lei 2.526, de 29 de dezembro de 2011).

III - gestão participativa que garanta a presença de todos os segmentos nos processos de elaboração das políticas para a unidade de saúde, em suas instâncias decisórias e nas estratégias de acompanhamento das ações implementadas;

IV - gestão de responsabilidade com definição de atribuições e competências;

V - gestão de resultados com processos definidos de acompanhamento, avaliação permanente e prestação de contas;

VI - gestão estratégica com foco voltado para a resolutividade e qualidade da atenção à saúde; e

VII - garantia do funcionamento das unidades no Sistema de Saúde, visando à integralidade do sistema.

Parágrafo único. O PDUS será elaborado de acordo com as orientações contidas em instrução normativa da Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE.

CAPÍTULO III

Da Organização da Gestão da Saúde

Art. 5º Asunidades de saúde serão compostas pela seguinte estrutura administrativa:

I - Conselho Gestor da unidade;

II – gerente-geral da unidade;

III - gerente de assistência à saúde; e

IV - gerente administrativo.

Parágrafo único. O desdobramento da estrutura administrativa das unidades de saúde será regulamentado por decreto.

~~**Art. 6º** A direção das unidades de saúde será exercida pelo gerente geral, indicado pelo secretário de Estado de Saúde e nomeado pelo governador do Estado.~~

~~**Parágrafo único.** O gerente administrativo e o gerente de assistência à saúde serão indicados pelo secretário de Estado de Saúde ou pelo superintendente da FUNDHACRE, quando for o caso, e nomeados pelo governador do Estado.~~

Art. 6º A direção das unidades de saúde do sistema público estadual será exercida por um gerente geral, aprovado em processo de certificação estabelecido por esta lei e nomeado pelo governador do Estado.

~~**Parágrafo único.** O processo de certificação ocorrerá por unidade de saúde. *(Nova redação dada pela Lei n. 2.251, de 21 de dezembro de 2009).*~~

~~**Art. 7º** Os gerentes nomeados para a direção das unidades de saúde deverão participar de processo de capacitação para gestores, oferecido pela SESACRE e FUNDHACRE, envolvendo, dentre outras, as seguintes temáticas:~~

~~**I** gestão de pessoas e processos;~~

~~**II** legislação do SUS;~~

~~**III** elaboração, execução e prestação de contas do PDUS e do PTA;~~

~~**IV** instrumentos de avaliação da unidade e da gestão; e~~

~~**V** tecnologia da informação.~~

Art. 7º Poderão participar do processo de certificação previsto no art. 6º desta lei todos os profissionais do quadro de pessoal da Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE, da Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE e do Serviço Social de Saúde do Acre - PRÓ-SAÚDE, que atendam aos seguintes critérios:

I - faça parte do quadro permanente de pessoal da SESACRE, FUNDHACRE ou PRÓ-SAÚDE;

II - tenha formação em curso superior; e

III - não tenha sido condenado em processo administrativo nos últimos cinco anos. *(Nova redação dada pela Lei n. 2.251, de 21 de dezembro de 2009).*

Art. 7º-A. A Secretaria de Estado de Saúde poderá indicar o número limite de dois profissionais por unidade de saúde, que não façam parte dos quadros da SESACRE, FUNDHACRE ou PRÓ-SAÚDE, para participar do processo de certificação, desde que atendam aos requisitos previstos nos incisos II e III do art. 7º. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-B. A nomeação se dará a partir de lista composta pelos três primeiros classificados no processo de certificação e que atendam aos requisitos estabelecidos nesta lei. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-C. As etapas e conteúdos do processo de certificação serão definidos em portaria publicada pela SESACRE e constarão no Edital de convocação. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-D. Serão considerados classificados os candidatos com o mínimo de setenta por cento de aproveitamento no processo de certificação.

Parágrafo único. No caso de não haver candidatos classificados em uma unidade de saúde, a lista tríplice será composta por candidatos classificados em outras unidades de saúde. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-E. O candidato nomeado para o cargo de gerente geral terá um mandato de quatro anos, podendo participar de mais um processo de certificação. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-F. A data dos processos de certificação será regulamentada por decreto governamental. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-G. Em caso de vacância do cargo de gerente geral em uma unidade de saúde, a SESACRE indicará um substituto, respeitando a classificação obtida no processo de certificação e o critério de lista tríplice. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-H. Em caso de empate, será procedida à análise de *currículo* realizada especificamente para este fim, sendo vencedor, o que obtiver maior pontuação.

Parágrafo único. Os critérios de pontuação da análise de *currículo* serão divulgados em portaria publicada pela SESACRE e constarão no Edital do processo de certificação. *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

Art. 7º-I. A permanência do gerente geral na função fica vinculada ao cumprimento das metas do Plano de Desenvolvimento da Unidade de Saúde – PDUS, à aprovação da unidade nos processos de avaliação desenvolvidos pela SESACRE e ao cumprimento das atribuições previstas no art. 25 desta lei.

§ 1º Os critérios, bem como a definição do percentual de metas a serem obrigatoriamente alcançadas e o percentual a ser atingido nos processos de avaliação, serão estabelecidos em portaria expedida pela SESACRE.

§ 2º A unidade que não alcançar os percentuais definidos na portaria terá o prazo de três meses, a partir da avaliação realizada, para adequar-se às exigências da SESACRE” *(Acréscido pela Lei n. 2.252, de 21 de dezembro de 2009)*

CAPÍTULO IV

Do Conselho Gestor da Unidade

Art. 8º Em todas as unidades de saúde da SESACRE ou da FUNDHACRE funcionará um Conselho Gestor, órgão deliberativo máximo da unidade, constituído sob a personalidade jurídica de direito privado e sem fins lucrativos.

Parágrafo único. Para fins desta lei, entende-se por unidades de saúde aquelas que prestam serviços assistenciais de atendimento ambulatorial, internações, procedimentos de diagnósticos, coleta e processamento de material biológico.

Art. 9º O Conselho Gestor das unidades de saúde será constituído por quatro ou oito membros, respeitando-se a proporcionalidade de cinquenta por cento para usuários, vinte e cinco por cento para profissionais e vinte e cinco por cento para gestores.

§ 1º A unidade de saúde terá autonomia para definir a quantidade de membros que comporão o Conselho Gestor, respeitando-se os limites estabelecidos no *caput*.

§ 2º Entende-se por usuário, para fins de participação no Conselho Gestor, o indivíduo em pleno gozo de seus direitos, que se utilize dos serviços da unidade de saúde e que não seja:

I - profissional de saúde;

II - contratado para prestação de serviços com a SESACRE ou FUNDHACRE; ou

III - detentor de cargo de confiança nas três esferas de governo na área de saúde.

§ 3º Entende-se por profissional da saúde o indivíduo em pleno gozo de seus direitos, que trabalhe na unidade de saúde e não exerça cargo ou função de confiança nas três esferas de governo.

§ 4º A idade mínima para ser membro do Conselho Gestor das unidades de saúde será de vinte e um anos.

§ 5º O gerente-geral e o de assistência à saúde da unidade não farão parte da composição legal do Conselho Gestor.

Art. 10. A representação no Conselho Gestor obedecerá ao seguinte:

I - quanto aos profissionais de saúde, eleição em fórum que reúna todas as áreas profissionais da unidade de saúde;

II - quanto aos gestores, indicação pelo gerente-geral da unidade, sem prejuízo do disposto no § 2º deste artigo;

III - quanto aos usuários, eleição em fórum composto por cidadãos indicados por entidades da sociedade civil organizada, de acordo com as especificidades locais, podendo ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

a) movimentos sociais e populares organizados;

b) entidades indígenas;

c) entidades de aposentados e pensionistas;

d) entidades de defesa do consumidor;

e) organizações de moradores;

f) entidades ambientalistas;

g) organizações religiosas;

h) comunidade científica;

i) entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; e

j) entidades patronais.

§ 1º Competirá aos fóruns de que tratam os incisos I e III a elaboração da lista de pessoas aptas a participarem do processo eleitoral, nas condições de candidato e de eleitor.

~~§ 2º O gerente administrativo da unidade de saúde será representante dos gestores e exercerá a função de tesoureiro do Conselho.~~

§ 2º O gerente administrativo da unidade de saúde será representante dos gestores no conselho. (Nova redação dada pela Lei 2.526, de 29 de dezembro de 2011).

Art. 11. A coordenação estadual das eleições para os Conselhos Gestores ficará a cargo da SESACRE e cada unidade de saúde elegerá comissão eleitoral para, internamente, coordenar o processo, de acordo com o que dispuser o regulamento.

Art. 12. O mandato dos conselheiros terá duração de três anos, permitindo-se uma reeleição.

Parágrafo único. Para cada titular, o segmento elegerá um suplente, que assumirá na ausência e impedimento daquele.

Art.13. As eleições dos Conselhos Gestores ocorrerão sempre no mês de abril, em todas as unidades de saúde.

Art. 14. A posse dos membros do Conselho Gestor da unidade ocorrerá em até quinze dias após as eleições.

Art. 15. O Conselho Gestor da unidade de saúde elegerá seu coordenador e secretário- geral dentre seus membros.

Parágrafo único. O coordenador e o secretário-geral do Conselho Gestor poderão ser destituídos pela Assembléia Geral de conselheiros, mediante convocação feita por escrito para este fim, com quarenta e oito horas de antecedência, pelo voto de dois terços de seus membros.

Art. 16. As reuniões ordinárias mensais devem ser realizadas observando-se ao seguinte:

I - convocação com antecedência mínima de quarenta e oito horas, mediante documento escrito que contenha a pauta a ser debatida; e

~~**II** - contar, obrigatoriamente, com a presença do gerente geral, com direito a voz e sem direito a voto. (Revogado pela Lei n. 1.923, de 24 de setembro de 2007))~~

Art. 17. As reuniões extraordinárias devem ser realizadas observando-se ao seguinte:

I - convocação com antecedência mínima de vinte e quatro horas, mediante documento escrito que contenha a pauta a ser debatida; e

II - contar, obrigatoriamente com a presença do gerente-geral da unidade, quando convocado, com direito a voz e sem direito a voto.

Parágrafo único. Podem convocar extraordinariamente o Conselho Gestor da unidade:

- I - o secretário de Estado de Saúde;
- II - o superintendente da FUNDHACRE;
- III - o coordenador do Conselho Gestor da unidade;
- IV - o gerente-geral da unidade de saúde; e
- V - a maioria absoluta de seus membros.

Art. 18. O exercício das funções de membro e dirigente do Conselho Gestor terá caráter voluntário e honorífico, vedada a sua remuneração.

Parágrafo único. Todo conselheiro que for servidor do quadro efetivo ou provisório da SESACRE ou FUNDHACRE terá direito à liberação de suas funções e atividades na unidade de saúde, quando das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Gestor.

Art. 19. É vedada a participação de uma mesma pessoa em mais de um Conselho Gestor de unidade, mesmo que na condição de suplente.

Art. 20. Serão válidas as deliberações do Conselho Gestor da unidade, tomadas pela maioria dos presentes, desde que atendam ao *quorum* mínimo de instalação estabelecido pelo regimento interno dos Conselhos Gestores, não conflitem com a legislação vigente e cujos assuntos estejam na pauta de convocação entregue aos conselheiros.

Art. 21. A vacância da função de conselheiro dar-se-á por renúncia, perda da representatividade e destituição.

Parágrafo único. Ocorrerá a destituição da função de conselheiro nos seguintes casos:

- I - não comparecimento, sem justificativa, a duas reuniões ordinárias consecutivas ou a três alternadas; ou
- II - por decisão da Assembléia Geral do segmento, convocada por escrito para este fim, com a aprovação de dois terços de seus membros.

Art. 22. São atribuições do Conselho Gestor da unidade de saúde:

- I - elaborar seu regimento;
- II - enviar o PDUS para análise e aprovação da SESACRE;
- III - enviar o regimento interno da unidade de saúde para análise da SESACRE;
- IV - revisar, no mês de julho de cada ano, o regimento interno da unidade de saúde, de acordo com a legislação vigente;
- V - analisar e aprovar o PDUS até o final do mês de abril de cada ano, promovendo as adequações necessárias, de acordo com a legislação vigente;

~~VI~~ — apresentar, trimestralmente, em audiência pública, a prestação de contas dos recursos recebidos e executados, a produtividade hospitalar e o alcance das metas pactuadas;

VI - apresentar, trimestralmente, em audiência pública, a produtividade hospitalar e o alcance das metas pactuadas; (Nova redação dada pela Lei 2.526, de 29 de dezembro de 2011).

~~VII~~ — analisar, aprovar ou reprovar a prestação de contas dos recursos recebidos e aplicados na unidade de saúde, promovendo as adequações necessárias, de acordo com a legislação vigente;

VII - analisar a gestão dos suprimentos de fundos e bens recebidos, bem como os serviços prestados na unidade; (Nova redação dada pela Lei 2.526, de 29 de dezembro de 2011).

VIII - enviar à SESACRE ou à FUNDHACRE relatório bimestral sobre a manutenção do espaço físico da unidade de saúde, observando critérios de padrões básicos estabelecidos em instrução normativa;

IX - acompanhar as ações desenvolvidas pela direção da unidade de saúde; e

X - deliberar sobre a devolução de profissionais de saúde lotados na unidade à SESACRE ou à FUNDHACRE.

Art. 23. O Conselho Gestor da unidade pode solicitar à SESACRE abertura de sindicância e de processo administrativo disciplinar para apurar a responsabilidade do gerente-geral da unidade, em caso de infração funcional prevista na Lei Complementar n. 39, de 29 de dezembro de 1993, que “dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado do Acre, das Autarquias e das Fundações Públicas instituídas e mantidas pelo poder público” e descumprimento das atribuições prevista no art. 26 desta lei.

CAPÍTULO V

Do Gerente-Geral das Unidades de Saúde

Art. 24. O gerente-geral deverá cumprir dois turnos de trabalho, sendo obrigatório o cumprimento de escala semanal que possibilite sua presença em todos os turnos de funcionamento da unidade de saúde.

Art. 25. São atribuições do gerente-geral das unidades de saúde:

I - responder administrativamente pela unidade de saúde junto às instâncias do Sistema;

II - coordenar a elaboração e a revisão do PDUS, entregando a proposta para apreciação e aprovação do Conselho Gestor, até o mês de janeiro de cada ano;

III - coordenar o processo de elaboração e revisão do regimento interno da unidade, para apreciação e aprovação do Conselho Gestor, no mês de maio de cada ano;

IV - estabelecer e aprovar, a cada trimestre, com a SESACRE ou FUNDHACRE, as metas de produtividade hospitalar a serem atingidas;

V - manter e conservar o espaço físico e o patrimônio da unidade de saúde, entregando bimestralmente ao Conselho Gestor e à SESACRE ou à FUNDHACRE relatório sobre suas condições;

VI - elaborar e manter atualizada a relação de lotação do quadro de servidores da unidade de saúde, enviando-a semestralmente à SESACRE ou à FUNDHACRE, observando-se critérios contidos em instrução normativa;

VII - executar e fazer cumprir o PDUS e o regimento interno da unidade;

VIII - assegurar os direitos dos usuários do SUS;

IX - participar das reuniões administrativas, cursos e eventos promovidos pela SESACRE ou FUNDHACRE;

X - informar ao Conselho Gestor da unidade de saúde as transgressões disciplinares dos servidores; e

XI - enviar a cada mês à SESACRE ou à FUNDHACRE sua escala de trabalho, a do gerente administrativo e a do gerente de assistência à saúde.

XII - participar, com direito a voz e sem direito a voto, de todas as reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Gestor da Unidade de Saúde”. (*Acrescido pela Lei n. 1.923, de 24 de setembro de 2007*).

Art. 26. O gerente-geral da unidade pode solicitar à SESACRE abertura de sindicância e de processo administrativo para apurar a atuação dos membros do Conselho Gestor da unidade.

Parágrafo único. A SESACRE nomeará, mediante portaria, comissão de sindicância para este fim, que submeterá o seu relatório à apreciação do Conselho Gestor.

CAPÍTULO VI

Dos Gerentes Administrativo e de Assistência à Saúde

~~**Art. 27.** Exercerá o cargo de gerente administrativo, preferencialmente, profissional com nível superior, indicado pelo secretário de Estado de saúde ou pelo superintendente da FUNDHACRE e nomeado pelo governador do Estado.~~

Art. 27. O gerente administrativo será escolhido pelo gerente geral da unidade, não devendo, necessariamente, ser do quadro permanente de pessoal da SESACRE, FUNDHACRE E PRÓ-SAÚDE; que tenha, preferencialmente, formação em nível superior e que não tenha sido condenado em processo administrativo, nos últimos cinco anos, cuja nomeação se dará através de decreto do Poder Executivo. (*Nova redação dada pela Lei n. 2.2.51, de 21 de dezembro de 2009*).

~~**Art. 28.** Exercerá o cargo de gerente de assistência à saúde, profissional com formação em nível superior na área da saúde, com registro no Conselho de classe, preferencialmente com um ano de trabalho na unidade de saúde, indicado pelo secretário de Estado de saúde ou pelo superintendente da FUNDHACRE e nomeado pelo governador do Estado.~~

~~**Parágrafo único.** O gerente de assistência à saúde relacionar-se-á, diretamente, com os responsáveis técnicos representantes das profissões de saúde regulamentadas, eleitos pelas categorias dentre ocupantes de cargo de nível superior.~~

Art. 28. O gerente de assistência à saúde será escolhido pelo gerente geral da unidade, preferencialmente, dentre os funcionários do quadro permanente da SESACRE, FUNDHACRE ou PRÓ-SAÚDE, que possuam formação superior na área de saúde; que não tenha sido condenado em processo administrativo nos últimos cinco anos, cuja nomeação se dará através de decreto do Poder Executivo.”
(Nova redação dada pela Lei n. 2.2.51, de 21 de dezembro de 2009).

Art. 29. As atribuições do gerente administrativo e do gerente de assistência à saúde serão definidas em instrução normativa e nos regimentos internos das unidades.

Art. 30. Os gerentes administrativo e de assistência à saúde deverão cumprir dois turnos de trabalho na unidade, sendo obrigatório o cumprimento de escala semanal que possibilite sua presença em todos os turnos de funcionamento da unidade de saúde.

CAPÍTULO VII

Da Classificação das Unidades

~~**Art. 31.** As unidades de saúde gerenciadas pela SESACRE ou FUNDHACRE, conforme o caso, serão classificadas da seguinte forma:~~

~~**I** – Tipo I – Unidade de Saúde sem Internação;~~

~~**II** – Tipo II – Hospital até quarenta e nove leitos;~~

~~**III** – Tipo III – Hospital de cinquenta a cento e quarenta e nove leitos; e~~

~~**IV** – Tipo IV – Hospital acima de cento e cinquenta leitos.~~

“**Art. 31.** ...

I - Tipo I - Unidades Mistas de Saúde;

II - Tipo II - Hospitais Gerais;

III - Tipo III - Unidades sem Internação;

IV - Tipo IV - Hospitais Regionais;

V - Tipo V - Hospitais Especializados I;

VI - Tipo VI - Hospitais Especializados II; e

VII - Tipo VII - Hospitais Especializados III.

§ 1º A definição do enquadramento das Unidades de Saúde estabelecidas no art. 1º será regulamentada em portaria expedida pela SESACRE ou FUNDHACRE.

§ 2º A remuneração dos dirigentes das Unidades de Saúde da SESACRE ou FUNDHACRE, do quadro efetivo ou provisório, será estabelecida conforme a tipificação da unidade prevista no *caput* deste artigo e com os valores constantes do Anexo Único desta lei.

§ 3º Os dirigentes das Unidades de Saúde da SESACRE ou FUNDHACRE poderão optar por sua remuneração de carreira, podendo, neste caso, ser convocados para jornadas de trabalho de quarenta ou quarenta e quatro horas e dedicação exclusiva.

§ 4º Os dirigentes das Unidades de Saúde da SESACRE ou FUNDHACRE, após o efetivo cumprimento da jornada de trabalho, podem ser convidados para atividades extracontratuais na atividade finalística em situações de urgência e/ou emergência, assim definidas pela SESACRE e FUNDHACRE”.(Nova redação dada pela Lei n. 1.923, de 24 de setembro de 2007).

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 32. No mês de maio de cada ano será instalado o Fórum de Gestão Democrática, que avaliará os resultados desta lei.

Art. 33. No ano de edição desta lei, as eleições dos Conselhos Gestores ocorrerão até quarenta dias após sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Art. 34. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Rio Branco, 31 de julho de 2007, 119º da República, 105º do Tratado de Petrópolis e 46º do Estado do Acre.

ARNÓBIO MARQUES DE ALMEIDA JÚNIOR

Governador do Estado do Acre

ANEXO III**Lei n. 2.526, de 29 de dezembro de 2011****Altera a Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre.****O GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE**

FAÇO SABER que a Assembleia Legislativa do Estado do Acre decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os arts. 2º, 4º, 7º, 10 e 22 da Lei n. 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a gestão democrática do sistema público de saúde do Estado do Acre, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º...

...

Parágrafo único. É assegurada à sociedade, por intermédio de sua representatividade, participar com o poder público do estabelecimento e fiscalização das políticas públicas de saúde e da aplicação dos seus recursos.

...

Art. 4º ...

...

II - gestão descentralizada, com autonomia para a unidade de saúde elaborar:

...

c) o Plano de Trabalho Anual - PTA, que define a aplicação dos recursos financeiros na unidade de saúde.

...

Art. 7º ...

...

III - elaboração do PDUS e do PTA;

...

Art. 10 ...

...

§ 2º O gerente administrativo da unidade de saúde será representante dos gestores no conselho.

...

Art. 22 ...

...

VI - apresentar, trimestralmente, em audiência pública, a produtividade hospitalar e o alcance das metas pactuadas;

VII - analisar a gestão dos suprimentos de fundos e bens recebidos, bem como os serviços prestados na unidade;

...” (NR)

Art. 2º O conselho gestor da unidade de saúde, órgão integrante da estrutura administrativa de cada unidade de saúde da SESACRE e da FUNDHACRE, passa a se denominar conselho popular de saúde.

Art. 3º Ficam a SESACRE e a FUNDHACRE autorizadas a assumir a gestão financeira e os negócios jurídicos decorrentes da extinção da competência para execução financeira por parte dos então conselhos gestores das unidades de saúde.

Art. 4º Observada Instrução Normativa da SESACRE ou da FUNDHACRE, em casos excepcionais, serão consignadas dotações a unidades de saúde da SESACRE ou da FUNDHACRE, nos termos do parágrafo único do art. 14 da Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964, que estatui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

§ 1º As unidades de saúde destinatárias de dotações atuarão como unidades gestoras, realizando atos de gestão orçamentária, financeira e patrimonial.

§ 2º Os titulares das unidades de saúde, na qualidade de ordenadores de despesas, estão sujeitos à tomada ou prestação de contas anual, devendo:

I - submeter à SESACRE ou à FUNDHACRE, após apreciação do conselho popular de saúde, a proposta orçamentária e as solicitações de abertura de créditos adicionais, que deverão ser elaboradas de acordo com as instruções, nas épocas e condições determinadas;

II - remeter à SESACRE ou à FUNDHACRE, conforme instruções, e após apreciação do conselho popular de saúde, os relatórios referentes à execução orçamentária e financeira, como também dados estatísticos do período, a fim de permitir o acompanhamento das atividades da unidade durante a execução do orçamento-programa;

III - manter contabilidade sintética e analítica para a prestação de contas à área de controle interno, bem como para atendimento de informações solicitadas pela SESACRE ou pela FUNDHACRE sobre a execução orçamentária, financeira e patrimonial; e

IV - observar os limites orçamentários na aplicação dos recursos distribuídos, na forma da legislação em vigor e das instruções emanadas pela SESACRE ou pela FUNDHACRE.

Art. 5º Fica estabelecido o prazo de cento e vinte dias para que a SESACRE e a FUNDHACRE adaptem seus procedimentos ao disposto na presente lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Fica revogada a Lei n. 1.910, de 31 de julho de 2007, que instituiu o programa de autonomia financeira das unidades de saúde estaduais.

Rio Branco, 29 de dezembro de 2011, 123º da República, 109º do Tratado de Petrópolis e 50º do Estado do Acre.

TIÃO VIANA

Governador do Estado do Acre



APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

Estamos realizando pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a pesquisa de doutorado que tem como tema: “Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre: uma alternativa de gestão para Unidades de Saúde”, visando contribuir na discussão de formas de gestão para unidades de saúde assistenciais.

Para isso, pedimos o seu consentimento em participar de uma entrevista, que será gravada e posteriormente transcrita.

II – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

Informamos a disponibilidade de acesso, a qualquer tempo, das informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, podendo contatar o pesquisador pelo telefone 68-9223-2723 e/ou através do e-mail: juliano.cavalcante@usp.br ou através do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública no telefone (55-11) 3061-7779e/ou através do e-mail coep@fsp.usp.br.

Informamos ainda a liberdade de Vossa Senhoria em retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer tipo de prejuízo.

Não será necessária Vossa identificação de modo que será mantido o anonimato dos participantes com garantia de sigilo das informações obtidas pelo pesquisador. Os dados obtidos serão utilizados pelo pesquisador somente para os propósitos da pesquisa.

III – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DO ENTREVISTADO, PESQUISADOR E ORIENTADORA DA PESQUISA.

Nome do Entrevistado: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Endereço Profissional: _____

Nome do Pesquisador: Juliano Raimundo Cavalcante

E-mail: juliano.cavalcante@usp.br

Telefone: 68 9223-2723/83 8667-9442

Endereço Profissional:

Nome da Orientadora: Cleide LavieriMartins -Profa.Dra. FSP/USP – Orientadora

E-mail:cleide@usp.br

Telefone: 11 3061-7796/ 7784

Endereço Profissional: Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP - Brasil - CEP - 01246-904.

IV – AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA

Em obediência a Resolução 466/2012se destaca que os sujeitos da pesquisa estão sujeitos **ariscos mínimos**.

V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador, tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa, registrando, ainda, o recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Rio Branco, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE A ÉPOCA DA CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DE GESTÃO DEMOCRÁTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE (LEI n. 1.912/2007)

1. Apresentação do Entrevistado (Nome, formação e trajetória profissional, local de trabalho atual);
2. Ao assumir o Governo do Estado do Acre que cenário pode ser descrito como encontrado com relação à gestão de unidades de saúde?
3. Que ações que destacaria enquanto Governador do Estado do Acre em relação à gestão de unidades de saúde?
4. Qual (is) a (s) razão (ões) de optar pela descentralização da gestão de unidades de saúde e qual (is) a (s) razão (ões) que ensejaram não se optar por uma gestão através de Organizações Sociais ou Organizações Sociais de Interesse Público? A experiência no Estado do Acre em relação ao Programa de Dinheiro Direto na Escola (PDDE) exerceu alguma influência para a descentralização da gestão das unidades de saúde?
5. Qual era o objetivo que se buscava com a participação popular através dos usuários na gestão das unidades de saúde?
6. Que avanços podem ser destacados com a implantação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
7. Que entraves podem ser destacados com a implantação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
8. De que modo pode ser interpretada a revogação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?



APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, SECRETÁRIO ADJUNTO DE SAÚDE E GERENTE DE PLANEJAMENTO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE A ÉPOCA DA DISCUSSÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA LEI DE GESTÃO DEMOCRÁTICA

1. Apresentação do Entrevistado (Nome, formação e trajetória profissional, local de trabalho atual);
2. Ao assumir a Secretária de Saúde que cenário pode ser descrito como encontrado com relação à gestão de unidades de saúde?
3. Como pode descrever Vossa participação na criação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
4. Qual (is) a (s) razão (ões) de optar pela descentralização da gestão de unidades de saúde e qual (is) a (s) razão (ões) que ensejaram não se optar por uma gestão através de Organizações Sociais ou Organizações Sociais de Interesse Público?
5. Que avanços podem ser destacados com a implantação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
6. Que entraves podem ser destacados com a implantação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
7. De que modo pode ser interpretada a revogação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?



APÊNDICE IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA

MEMBROS DO CONSELHO GESTOR DAS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS (GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS DE SAÚDE)

1. Apresentação do Entrevistado (Nome, formação e trajetória profissional, local de trabalho atual);
2. Como foi o processo para se tornar membro do Conselho Gestor, em qual Conselho participou e em que período?
 - Participou dos fóruns da criação da norma
3. Como pode descrever sua experiência no Conselho Gestor?
 - Chegou a realizar alguma proposição
 - O que levou a fazer a proposição
 - Tinha pauta para reunião do Conselho Gestor
 - Quais as pautas mais comuns do Conselho Gestor
 - Eram discutidas as pautas
 - Quais eram os problemas mais tratados
 - Como foi à participação do PDUS
 - Quem considera com a participação mais ativa no conselho gestor
4. Quais as dificuldades que podem ser destacados com a implantação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
5. O que considera como mudança com a implantação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre?
6. O que considera como mudança com a revogação da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre