

O MODELO DESCENTRALIZADO E PARTICIPATIVO DE GERÊNCIA DE UNIDADES DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE IMPLEMENTADO PELO ESTADO DO ACRE

RESUMO

O Estado do Acre implementou um modelo de gerência de unidades de saúde tendo como eixo a descentralização, a autonomia e a participação da comunidade. Este artigo tem como objetivo analisar o modelo de gerência de unidades de saúde, vigente de 2007 a 2011. Trata-se de estudo de caso, de natureza qualitativa e descritiva. O modelo estabelece a gerência por intermédio de um conselho gestor, sendo este uma entidade privada, sem fins lucrativos, constituído por gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. Amolda-se na figura jurídica da paraestatal, apresentando inovações e controvérsias que, uma vez superadas, podem representar uma alternativa para gerência de unidades de saúde.

Palavras-chave: Descentralização; Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade; Participação da Comunidade.

DECENTRALIZED AND PARTICIPATORY MODEL OF MANAGEMENT OF HEALTH UNITS OF MEDIUM AND HIGH COMPLEXITY IMPLEMENTED BY THE STATE OF ACRE

ABSTRACT

The State of Acre has implemented a model of health unit management with decentralization, autonomy and community participation as its axis. Analyzing the model of management of health units, in force from 2007 to 2011, stands out as the central objective. This is a case study of a qualitative and descriptive nature. The model establishes management through a management council, which is a private, non-profit entity made up of managers, health professionals and health users. It molds itself into the legal figure of the parastatal, presenting innovations and controversies that, once surpassed, may represent an alternative for the management of health units.

Keywords: Decentralization; Medium and High Complexity Health; Community Participation.

Juliano Raimundo Cavalcante¹

Cleide Lavieri Martins²

Marisol de Paula Reis Brandt³

¹ Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP/ FSP, São Paulo (Brasil). Professor pela União Educacional do Norte - UNINORTE, Acre (Brasil). E-mail: juliano.cavalcante@uninorteac.com.br

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (Brasil). Professora pela Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (Brasil). E-mail: cleide.lavieri@usp.br

³ Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília - UnB, Distrito Federal (Brasil). Professora pela Universidade Federal do Acre - UFAC, Acre (Brasil). E-mail: solalis2003@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 nos artigos 196 a 200 trata do tema da Saúde estabelecendo-a como um direito de todos e dever do Estado, destacando-se por ser um sistema único de saúde descentralizado, com atendimento integral e participação da comunidade.

A regulamentação do disposto na Constituição de 1988 se observa na Lei 8.080/90 que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e, na Lei 8.142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação da comunidade se evidencia por intermédio das Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde. As conferências têm o papel 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; por sua vez o Conselho de Saúde é um “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”. (Brasil, Lei n.8142/90, art. 1º).

Os modelos de gerência de unidades de saúde utilizadas no Brasil, centralizado ou descentralizado, configura-se pela divisão espacial das atribuições e encargos governamentais (Tobar, 1995).

O modelo centralizado de gerência ocorre quando o Estado atua por intermédio das secretarias; no descentralizado, por intermédio de autarquias ou fundações (Di Pietro, 2016; Justen Filho, 2016). O modelo de gerência descentralizado também pode ser realizado, 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.

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, fragiliza as relações de trabalho em

razão da forma de contratação dos profissionais de saúde que não se realizam através de concurso público (Nogueira, 2011).

Ao assumir o Governo do Estado do Acre, em 2007, o governador 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) 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 – gestores, sindicatos das categorias dos profissionais de saúde, representantes da sociedade civil organizada, conselhos municipal e estadual de saúde, representantes do Ministério Público, dentre outros –, cujo momento mais importante a ser destacado foi o Fórum de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde, surgiu a minuta de uma norma que, após aprovação pela Assembleia Legislativa do Estado do 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 (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, tecnicamente estaria mais bem denominada de Lei de Gerência das Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade do Estado do Acre.

Considerando-se a “Gestão como 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 (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS” (CONASS, 2003).

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 (Acre, Lei n. 1910/07).

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 estudo do modelo adotado pelo Estado do Acre pode contribuir com a discussão sobre os modelos de gerência de unidades de saúde, embora a Lei de Gestão tenha sido revogada em parte (derrogação) pela Lei n. 2.526, de 29 de dezembro de 2011. A mesma norma que derogou a Lei de Gestão revogou na sua totalidade (ab-rogação) a Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais, de modo que o período analisado 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.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa realizado em três unidades de saúde de média e alta complexidade do Estado do Acre, localizadas no município de Rio Branco, capital do Estado, tendo como objetivo central analisar o modelo de gerências de unidades de saúde implementado pelo Estado do Acre, vigente no período de 2007 a 2011, por meio de Conselhos Gestores. Além disso, se buscou 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), 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 e discutir sobre a legalidade da Lei de Gestão. As unidades de saúde escolhidas estão inseridas na estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE, estando todas abrangidas pela Lei de Gestão e pela Lei de Autonomia, como órgãos subordinados ou vinculados da administração direta, atendendo exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Os informantes-chave estão divididos em dois grupos: o primeiro formado por gestores estaduais, em razão da natureza do cargo que ocupavam a época da criação e implementação da Lei de Gestão e da Lei de Autonomia Financeira – o Governador do Estado do Acre, o Secretário, o Secretário Adjunto e o gerente de planejamento da Secretária de Estado de Saúde; e o segundo, pelos conselheiros representantes de cada segmento que compõem o conselho gestor das unidades de saúde. Ser membro titular dos conselhos gestores constituiu o critério de inclusão dos entrevistados neste grupo, considerando que, nos termos da Lei de Gestão, mais precisamente no seu art. 9º, o membro suplente somente assumiria em caso de vacância do cargo. Tendo em vista que cada unidade de saúde analisada 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, quais sejam: Fundação Hospitalar do Estado do Acre (FUNDHACRE) – atualmente Hospital de Clínicas do Acre –, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (HUERB) e Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora.

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 buscou as razões da opção por um modelo de gerência de unidades de saúde diferenciada em relação às aplicadas pelas demais unidades da federação; em relação ao ex-secretários e Gerente de Planejamento da Secretaria de Estado de Saúde do Acre, 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

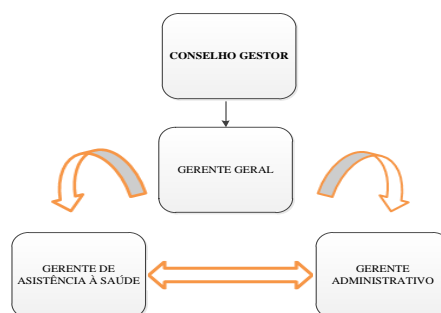
entrevista teve como eixo central a experiência de gestores, profissionais e usuários de saúde na aplicação da norma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Modelo de Gerência de Unidades de Saúde do Estado do Acre

O modelo adotado pelo Estado do Acre tem como base a Lei de Gestão (Acre, Lei n. 1912/2007), sendo essa distribuída em 8 capítulos e 34 artigos. A norma define 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 de média e alta complexidade do Estado do Acre pode ser representada de acordo com a figura 1.

Figura 1. Estrutura Administrativa das Unidades de Saúde de média e alta complexidade, Acre, 2007.



Fonte: ACRE, Lei n. 1912, de 31 de julho de 2007, art. 5º.

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 nº 1.912/07, art. 9º) – de modo a respeitar, também, a previsão contida na Lei Federal nº 8.142/90, em relação à paridade, sendo a forma de ingresso, por segmento, representada no quadro 1 a seguir.

Quadro 1. 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 para a qual desejavam concorrer)
Usuários de Saúde	Eleição após indicação das entidades de representação dos usuários e/ou da sociedade civil

Fonte: ACRE, Lei nº 1.912, de 31 de julho de 2007, art. 10º.

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. 1912/2007, art. 22).

Figura Jurídica do Modelo Adotado pelo Estado do Acre

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.

Ainda é de se destacar que o conselho gestor 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.

A Implementação do Modelo de Gerência de Unidades de Saúde do Estado do Acre

A implementação do modelo pode ser destacada por dois movimentos: o da composição dos conselhos e o da construção e posterior execução das ações e serviços previstos nos instrumentos gerenciais.

Na composição dos conselhos, a SESACRE coordenou o processo de eleição, e 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. 1912/2007, arts.11 e 12). Dentre os membros eleitos, cada conselho gestor realizou um processo de eleição para o coordenador e secretário geral (Acre, Lei n. 1912/2007, art. 15).

...levando em consideração que o conselho tem três segmentos, dentre eles o de trabalhadores, foi o qual eu participei e que fui eleito (E14 trabalhador).

Em relação à construção dos instrumentos gerenciais, esses se constituíram em razão da obrigatoriedade estabelecida pela Lei de Gestão – o Plano de Desenvolvimento das Unidades de Saúde (PDUS) e o Plano de Trabalho Anual (PTA) (Acre, Lei n. 1912/2007, art. 15).

Esses instrumentos gerenciais apresentam-se 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).

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)⁴–, para auxiliar os conselhos gestores na implementação da Lei de Gestão. 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.

Analisando a construção do PDUS e do PTA pelos conselhos gestores das unidades de saúde pesquisadas, três aspectos gerenciais merecem destaque por serem de suma importância para a gerência das unidades de saúde, e que refletem como foram executados o PDUS e o PTA, quais sejam:

planejamento eficaz. 2. ed. Brasília: Programa Fundescola, 1999.

⁴XAVIER, A. C. da R.; AMARAL SOBRINHO, J. Como elaborar o Plano de Desenvolvimento da Escola: aumentado o desempenho da escola por meio do

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 ser essa uma atribuição exclusiva da SESACRE, limitando-se apenas a deliberar sobre a devolução do profissional de saúde que não estivesse atendendo às necessidades da unidade (art. 22, inciso X). 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 ensinaria 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 PROSAÚDE⁵, 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**

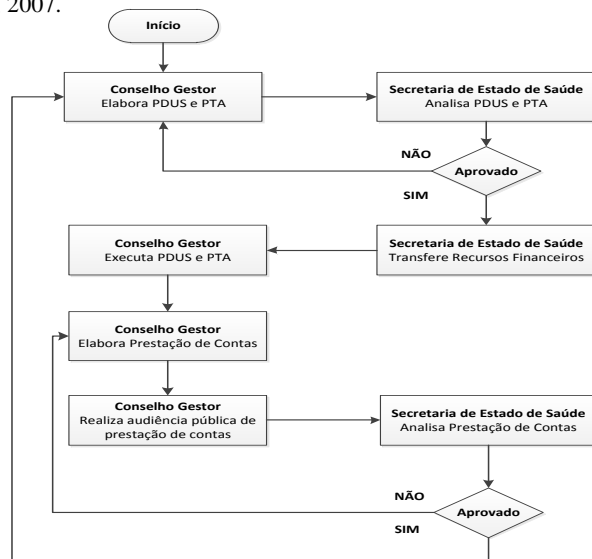
– medicamentos, material médico-hospitalar e equipamentos –, na gestão centralizada, e, portanto, antes da gerência por intermédio do conselho gestor, as aquisições eram realizadas pela SESACRE sem levar em consideração qualquer tipo de padronização – até porque inexistente –, de modo que os materiais 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. Dita distribuição no Estado do Acre, em razão das condições geográficas, torna-se demorada por existirem cidades cujo acesso somente é possível por transporte aéreo ou fluvial. É possível identificar que a aquisição de medicamentos e material médico-hospitalar por meio 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.

O fluxo de liberação dos recursos para que os conselhos gestores efetivassem a aquisição de material de consumo e permanente, e realizassem o adimplemento da prestação de serviços, encargos sociais e tributos (Acre, Lei n. 1910/07, art. 3º, parágrafo único), pode ser sintetizado de acordo com o fluxograma a seguir apresentado.

⁵PROSAÚDE. 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).

Figura 2. Fluxo de liberação de recursos para os conselhos gestores das unidades de saúde de média e alta complexidade do Estado do Acre, Acre, 2007.



Fonte: ACRE, Lei n. 1910, de 31 de julho de 2007.

Em relação à prestação de contas dos recursos recebidos pelo conselho gestor observam-se três momentos: 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. Na 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. A audiência pública também criou uma oportunidade para que os conselheiros prestassem contas de suas ações às entidades da sociedade civil organizada.

Com a análise dos aspectos relacionadas à fase de implementação, é possível identificar que com esse modelo de gerência de unidades de saúde 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.

Descentralização e Autonomia

A concepção de descentralização e autonomia no modelo de gerência das unidades de saúde adotada pelo Estado do Acre à luz dos documentos analisados – atas de reunião e estatutos dos conselhos gestores, dentre outros, e das entrevistas realizadas com os informantes-chave conduz à necessidade de destacar a importante lição de Berenger (1996), para quem 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 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.

Nesse sentido a determinação do então governador do Estado do Acre em implementar o modelo de gerência de unidades de saúde por intermédio do conselho gestor sugere as ideias de redistribuição de poder, defendido por Berenger (1996), evidenciando uma decisão de caráter eminentemente político (Tobar, 1995) uma vez que se trata de uma vontade do chefe do Poder Executivo.

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). 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.

... ai tendo recurso ali dentro era imediato para arrumar um aparelho, um raio x, tudo era

imediatamente porque tinha o recurso ali dentro era tudo bem aplicado tudo era transparente (E11 usuário)

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 prática pode ser destacado nas palavras de um informante-chave do segmento dos usuários quando esse afirma que "... o processo democrático dentro da unidade dando esta autonomia, autonomia de verdade para que ela pudesse gerir toda a parte financeira e administrativa como um todo da unidade de cada unidade" (E12 usuário). A autonomia para Fonseca e Campos (2012), refere-se 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 a SESACRE para aquisição de bens e serviços.

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, 2011).

A Constituição de 1988 consagra a participação da comunidade no seu art. 198, inciso III, cuja regulamentação está estabelecida pela Lei Federal n. 8142/90, que estabelece a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A participação da comunidade na Lei de Gestão foi assegurada tomando como eixo norteador a Constituição e a Lei Federal n. 8142/90. Ocorre que existe diferença em relação às atribuições estabelecidas pela Lei Federal n. 8142/90 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.

A análise das pautas das reuniões dos conselhos gestores revela a discussão acerca da ausência de medicamentos e de material médico-hospitalar, humanização – com ênfase no atendimento prestado pelos servidores lotados na unidade de saúde –, e prestação de contas.

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 participação dos usuários evidencia-se, ainda, pela possibilidade de indicar as pautas de reunião dos conselhos gestores.

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

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

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 os integravam, tendo a possibilidade de pautar as reuniões, caso entendessem necessário; e d) participaram ativamente e diretamente na execução e na prestação de contas dos recursos recebidos pelo conselho gestor da unidade de saúde.

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

Aspectos Inovadores e Controversos da Implementação do Modelo de Gerência de Unidades de Saúde do Estado do Acre

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

a) **Conselho gestor.** O modelo implementado pelo Estado do Acre pode ser considerado **inovador** por estabelecer a gerência de unidades de saúde por intermédio de um **conselho gestor com função executiva**, constituído por gestores, profissionais de saúde e usuários de saúde. Esse modelo 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 como 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. É exatamente nesse ponto que aparece o primeiro aspecto **controverso**. A Lei de Gestão Democrática que instituiu o conselho gestor não permite 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. Em relação à **aquisição de bens e serviços** os conselhos gestores se utilizaram da Lei de Licitações e Contratos (Brasil. Lei n. 8666/93) 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 de gerência de unidades de saúde.

b) **Divisão de responsabilidades.** Nas entrevistas realizadas com os informantes-chave do segmento dos usuários, esses não esboçaram a real noção que dividiam a responsabilidade da gerência das unidades de saúde com os gestores da saúde no Estado do Acre, o que efetivamente apresenta um ponto **controverso**. A gestão estadual 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. 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. É importante destacar que o conselho gestor ao gerir as unidades de saúde, passou a substituir o Estado, o que nas palavras de Gohn (2004) não é esse o papel da sociedade civil nas políticas sociais.

c) **Representatividade.** Como 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 modo que alguns se perpetuam na representação. É possível constatar a ausência de mecanismos que assegurem que o representante defenda os interesses dos representados.

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 se apresenta insuficiente para a implementação do modelo adotado pelo Estado do Acre.

e) **Processo Eleitoral.** O processo eleitoral se apresenta inovador e controverso ao mesmo tempo. **Inovador** porque a representação no conselho gestor de cada unidade de saúde foi previsto no art. 10 da Lei de Gestão, de modo que para o segmento dos profissionais de saúde e usuários de saúde se fazia necessário um processo de eleição. **Controverso** tendo em vista que em um processo de eleição nem sempre os representantes eleitos são aqueles que melhor representam a sociedade; o mesmo se pode dizer em relação ao processo de eleição para a composição dos conselhos gestores. Como bem acentuam Bispo Júnior e Gerschman (2015, p. 183), “o modelo de representação eleitoral não condiz com a realidade dos novos formatos participativos como os exercidos pelos conselheiros de saúde de modo que a representatividade somente pode ser assegurada com a participação efetiva da comunidade”.

f) **Controle Social.** O Controle Social está ligado a ideia de fiscalização e de deliberação (Carvalho, 1995; Gavronski, 2003). Oliveira *et al* (2013, p.2.330) 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. No entanto esse mesmo fato se apresenta **controverso** na medida em que o conselho gestor era composto por usuários de saúde e esses que deveriam fiscalizar as ações e serviços de saúde prestadas pelo Estado o estavam executando.

A Lei de Gestão e os modelos de gerência de unidades de saúde utilizados em outros Estados Brasileiros.

Conforme destacado a Lei de Gestão estabeleceu a gerência das unidades de saúde por intermédio de um conselho gestor formado por gestores, profissionais de saúde e usuários de saúde. Esse modelo se diferencia dos modelos utilizados em outros Estados que se utilizam do modelo centralizado de gerência de unidades de saúde – em que o Estado administra as unidades de saúde e dos modelos descentralizados, por intermédios de Organizações

Sociais (OS), Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) e mais recentemente através de Parcerias Público-Privadas.

Em relação ao modelo centralizado a diferença se observa em razão de que, na Lei de Gestão, a gerência da unidade de saúde é realizada por um conselho gestor tendo o Estado à função de transferir e fiscalizar os recursos geridos pelo Conselho Gestor. Ademais, com a Lei de Gestão a comunidade participa de forma direta através dos usuários de saúde que compõem o conselho gestor.

Em relação aos modelos descentralizados a diferença se observa em razão de que no modelo adotado pela Lei de Gestão a comunidade participa de forma direta, uma vez que integra o conselho gestor, o que não ocorre quando a unidade de saúde é gerenciada através de Organizações Sociais (OS), Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) ou Parcerias Público-Privadas.

A Lei de Gestão e o modelo de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS)

O modelo de controle social adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é estabelecido pela Lei

8.142/90 ao estabelecer a participação da comunidade que “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”. (Brasil, Lei n.8142/90, art. 1º).

Na Lei de Gestão a comunidade participa de forma direta na gerência da unidade de saúde uma vez que integra o conselho gestor. O usuário de saúde não formula estratégias e controla a execução da política de saúde; na realidade ele participa da execução, da aplicação dos recursos destinados às unidades de saúde, gerencia toda a rotina da unidade de saúde se responsabilizando com o gestor estadual.

Legalidade e revogação 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 que estão destacados no quadro 2 a seguir.

Quadro 2. 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 nº 9.637, de 15 de maio de 1998	Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999	Lei nº 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. 7215, de 24 de março de 2011, que determinou:

“2) Cautelamente, 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;”

Analisado o acórdão à luz das normas que tratam do Sistema Único de Saúde (SUS), não é possível identificar nenhuma ilegalidade que tenha ensejado a necessidade de suspensão determinada pelo Tribunal de Contas do Estado do Acre, de modo que os conselhos gestores das unidades de saúde atuaram recebendo, **executando** e prestando contas dos recursos transferidos.

Ademais, o Acórdão n. 1.685, de 22 de junho de 2011, 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), indicou 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”.

No voto do relator, este destaca que

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.

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 gestão administrativa.

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. 7° que estabelece: “Art. 7° 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”.

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 gestão das unidades de saúde para o modelo centralizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gerência de unidades de saúde, vigente de 2007 a 2011, foi implementado pelo Estado do Acre por intermédio da Lei de Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde do Estado do Acre (Acre, Lei n. 1912/2007) e da Lei de Autonomia Financeira das Unidades de Saúde Estaduais (Acre, Lei n. 1.910/07).

Esse modelo institui uma instituição privada – conselho gestor –, sem fins lucrativos, amoldando-se na figura jurídica das paraestatais, considerando que essas têm como função primordial auxiliar o Estado. As unidades de saúde, tendo por base as normas citadas, passaram a ser geridas por conselhos gestores, sendo esses compostos por usuários de saúde (50%), gestores (25%) e profissionais de saúde (25%), com repasses financeiros efetivados pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre através de termos de compromisso.

O modelo adotado pelo Estado do Acre apresenta aspectos inovadores e controversos. A principal inovação é ao mesmo tempo a principal controvérsia no modelo adotado pelo Estado do Acre, qual seja, a participação do usuário na gerência da unidade de saúde.

Considera-se inovação tendo em vista que os usuários participavam da gerência das unidades de saúde executando os recursos financeiros recebidos da Secretaria de Estado de Saúde do Acre; controverso em razão de que ao executar os recursos financeiros os

usuários estavam a compartilhar com o Estado a responsabilidade na gerência das unidades de saúde.

A controvérsia sobre a execução dos recursos pelo conselho gestor com a participação dos usuários ainda foi motivo de Acórdão do Tribunal de Contas do Estado do Acre, que determinou a suspensão das normas que autorizaram o modelo adotado pelo Estado do Acre, por considerarem ilegais. No entanto, o Tribunal de Contas da União, em auditoria realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre, apresenta entendimento diverso, ou seja, que inexistiu ilegalidade nas normas.

A controvérsia poderia ser resolvida tornando o conselho gestor deliberativo e não executor de recursos financeiros, de modo que o modelo adotado pelo Estado do Acre representaria uma alternativa para gerência de unidades de saúde uma vez que manteria seus aspectos inovadores.

REFERÊNCIAS

ACRE. Lei nº 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 nº 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 nº 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 nº 2.526, de 29 de dezembro de 2011. Altera a Lei nº 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.

_____. Tribunal de Contas do Estado. Acórdão nº 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.

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, nº 1, p. 183-193, jan. 2015.

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

_____. Lei nº 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: 05 abr. 2014.

_____. Lei nº 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: 05 abr. 2014.

_____. Lei nº 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 nºs 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/11947.htm. Acesso em: 05 abr. 2014.

_____. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm. Acesso em: 05 abr. 2014.

_____. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 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 Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.
- BRAVO, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço Social e Saúde**, São Paulo, nº105, p. 185-187, 2011.
- CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE, IBAM, 1995.
- 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/napg_2012/2012_EnAPG481.pdf.
- GAVRONSKI, A. A. **A Participação da comunidade como Diretriz do SUS**. 2003. Monografia de Conclusão do Curso(Especialização em Direito Sanitário à Distância) - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, 2003.
- GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade** v.13, nº2, p.20-31, 2004.
- 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.
- MELO, C. E. S. Interpretação e consistência: o problema das antinomias e da revogação. **Scientiam Juris**, Aquidabã, v.1, nº1, 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.
- 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, nº8, p.2329-2338, 2013.
- 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.