

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

LINUS PAULING FASCINA

**Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no  
município de São Paulo**

SÃO PAULO  
2009

LINUS PAULING FASCINA

**Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo**

Tese de doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Área de concentração: Administração e planejamento em saúde

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2009

LINUS PAULING FASCINA

**Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo**

Tese de doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas

Área de concentração: Administração e planejamento em saúde

Data de aprovação:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)  
FGV-EAESP

Prof<sup>a</sup>. Dra. Regina S. V. Monteiro Pacheco  
FGV-EAESP

Prof<sup>a</sup> Dra. Cristiana M. A. Checchia Saito  
Universidade Mackenzie

Prof. Dr. Djair Picchiali  
FGV-EAESP

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa  
Instituto de Ensino e Pesquisa  
Hospital Samaritano

Fascina, Linus Pauling.

Filantropia como estratégia em cinco organizações hospitalares privadas no município de São Paulo. - 2009.

194 f.

Orientadora: Ana Maria Malik.

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais filantrópicos – São Paulo (SP). 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Assistência social. I. Malik, Ana Maria. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8(816.11)

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À minha esposa, Maristella, por sua compreensão e dedicação, sempre incentivando a que eu buscasse energia aonde já não mais existia e por seu amor incondicional, dedico a você minha vida.

À minha filha, Isabella, que acompanhou toda esta minha trajetória da estatística à Tese, agradeço todo amor que sempre demonstrou.

Amo vocês !

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Profa. Ana Maria Malik,

Por sua disponibilidade irrestrita, sua forma exigente e crítica de ensinar, dando rumo a este trabalho;

Por seu carinho e preocupação em momentos difíceis;

Agradeço tudo que aprendi tentando alcançar este momento.

“Entre muitas outras coisas, tu eras para mim uma janela através da qual podia ver as ruas. Sozinho não o podia fazer.”

Franz Kafka

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, aos meus pais que me criaram, Nair e Eurothides, e aos que me adotaram, Aline e Luis, pelo suporte e união ao redor de um único objetivo.

Ao Sr. Rafael A. Parri, pelo incentivo à prática administrativa, por seus conselhos e por todo apoio.

Aos meus amigos, Sandra e Reinaldo, pela amizade e carinho, sempre dispostos a oferecer um ombro amigo.

Ao Hospital SEPACO, que representa a todos com quem trabalho, por ser palco do meu aprendizado.

À Leila, por sua gentileza e atenção.

A Fundação CAPES e GVPesquisa.

“Há pessoas que choram por saber que as rosas têm espinhos,  
Há outras que sorriem por saber que os espinhos tem rosas!”

Machado de Assis



## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta. A iniciativa privada participa do SUS, com a intervenção de prestadores privados de serviços de saúde, com fins lucrativos ou sem fins lucrativos. O propósito deste estudo é analisar as mudanças estratégicas, ocorridas entre os anos de 2002 e 2008, voltadas à filantropia, em Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, no Município de São Paulo, para a obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social. Foi utilizada uma metodologia qualitativa de estudos de casos múltiplos, para obter as percepções dos agentes envolvidos com a gestão das estratégias e ações voltadas para a Filantropia, através de uma pesquisa exploratória. Cinco Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, compuseram a amostra. Um dos principais achados deste estudo foi o de que obter ou manter o Certificado de Filantropia garante a estes Hospitais Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, isenções fiscais, que criam uma vantagem competitiva diante de outros hospitais privados não filantrópicos, que atuam na medicina suplementar, resultando em redução de custos e condições de diferenciação nos serviços prestados.

Palavras-Chaves: Hospitais Privados Filantrópicos, Estratégia, Mudança Estratégica.

## **ABSTRACT**

The Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) structures itself on actions and health services delivered by Public Institutions from the Federal, State and local government. Private Institutions are part of this System (SUS) as for-profit and not-for-profit health services. The purpose of this study is to analyse strategic changes, occurred between the years of 2002 and 2008, in Philanthropic Hospitals (not-for-profit Institutions) which do not deliver health services to SUS regularly in the city of São Paulo. These strategic changes aimed at being certificated as or maintaining the status of a Public Utility (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social). An exploratory research was carried out, and a qualitative methodology of multiple cases study was adopted to collect perceptions of professionals involved in philanthropic strategic management. The sample consisted of five Philanthropic Hospitals. One of the main findings was that certification guarantees fiscal incentives that creates competitive advantages compared to other Private Institutions, resulting in cost reduction and conditions for services improvement.

Key words: Philanthropic Hospitals, Strategy, Strategic Change.

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, na categoria Hospitais. Dezembro, 2007.	18
----------	---	----

## LISTA DE SIGLAS

ADIN	Ação direta de inconstitucionalidade
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAES	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social
CAPES	Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CMB	Confederação de Misericórdias do Brasil
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
EBSCO	<i>Business Source Premier</i>
FGV-EAESP	Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
JStor	Journal Stourage
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
OMS	OrgaNIZATION Mundial de la Salude
ONA	Organização Nacional de Acreditação
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>23</b>
<b>2.1</b>	<b>Legislação concessão CEBAS</b>	<b>23</b>
<b>2.2</b>	<b>Estratégia</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>PREMISSA E OBJETIVOS</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>48</b>
<b>5.1</b>	<b>Estudo de Caso Organização 1</b>	<b>48</b>
<b>5.2</b>	<b>Estudo de Caso Organização 2</b>	<b>56</b>
<b>5.3</b>	<b>Estudo de Caso Organização 3</b>	<b>64</b>
<b>5.4</b>	<b>Estudo de Caso Organização 4</b>	<b>73</b>
<b>5.5</b>	<b>Estudo de Caso Organização 5</b>	<b>83</b>
<b>5.6</b>	<b>Ministério da Saúde/Coord. de Atenção Hospitalar</b>	<b>90</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>107</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO I – DECRETO Nº 752 – 16/02/93</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO II – LEI Nº 8742 – 07/12/93</b>	<b>117</b>
	<b>ANEXO III – DECRETO Nº 2536 – 06/04/98</b>	<b>132</b>
	<b>ANEXO IV – DECRETO Nº 3504 – 13/06/00</b>	<b>141</b>
	<b>ANEXO V – RESOLUÇÃO Nº 177 – 10/08/00</b>	<b>143</b>
	<b>ANEXO VI – DECRETO Nº 4327 – 08/08/02</b>	<b>150</b>
	<b>ANEXO VII – DECRETO Nº 4481 – 22/11/02</b>	<b>153</b>
	<b>ANEXO VIII – DECRETO Nº 4588 – 07/02/03</b>	<b>157</b>
	<b>ANEXO IX – DECRETO Nº 5895 – 18/09/06</b>	<b>158</b>
	<b>ANEXO X – PORTARIA Nº 3276 – 28/12/07</b>	<b>161</b>
	<b>ANEXO XI – PROJETO LEI 3021 – 17/03/08</b>	<b>169</b>
	<b>ANEXO XII – MEDIDA PROVISÓRIA Nº 446 – 07/11/08</b>	<b>184</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “O Hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência médica completa, tanto curativa como preventiva e cujos serviços externos se estendem até o âmbito familiar; o hospital é um centro de formação de pessoal e médico-sanitário e de investigação biossocial” (Organizacion Mundial de la Salude, 1957).

O surgimento dos Hospitais, ocorrido em períodos imediatamente anteriores à Idade Media, está relacionado com razões de caráter religioso e assistencial, de caridade e de segregação social dos doentes. As Santas Casas originaram-se em Portugal, a Rainha Leonor de Lancastre, enclausurou-se voluntariamente e fundou a Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia, em 15 de agosto de 1498, em Lisboa, Portugal.

O vocábulo “misericórdia” tem sua origem no latim e significa, em sentido estrito, “doar seu coração a outrem” (*misere* e *cordis*). Em sentido mais amplo quer dizer também “doar a quem necessita”. Os cristãos assumiram o compromisso de praticar as Obras de Misericórdia constantes do Evangelho de São Mateus: “visitar e curar os enfermos”. Esse compromisso se transformou no fundamento de todas as instituições ou organizações constituídas com objetivos caritativos cristãos. Na época das descobertas foram disseminadas as misericórdias por todo o mundo, havendo casas na Ásia, na África e nas Américas. No Brasil, surgem logo após o descobrimento, precedendo à própria organização jurídica do Estado Brasileiro (IX Conferencia Nacional de Saúde, 1992).

Em nosso país, a assistência médico-hospitalar teve início no século XVI, com a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Olinda (Pernambuco) em 1539. No sentido da Missão destas entidades, historicamente dividem-se em dois períodos: até o século XIX, a Missão é caritativa; a partir do século XX é filantrópica. De acordo com a Confederação das Misericórdias do Brasil (2008), não apenas as Santas Casas, mas Confrarias, Irmandades, Fundações de Misericórdias, Entidades Benéficas e Filantrópicas declaram colocar em prática os valores evangélicos. A filantropia distingue-se da caridade por ir além de uma oferta de bens materiais aos

pobres e necessitados, colocando ao ser humano condições de recuperação e manutenção de sua integridade física, mental e social.

O significado de filantropia é "amor à humanidade" e "caridade" (FERREIRA, 2004). Etimologicamente, filantropia origina-se do grego *philos* - amor e *antropos* - homem, ou seja, amor do homem pelo ser humano, amor pela humanidade. Segundo Procacci, a filantropia sugere uma idéia de comunidade baseada numa sensibilidade moral, chave para resolver o encontro entre miséria e ordem. É, portanto a síntese entre o interesse individual e o interesse coletivo (PROCACCI, 1993).

A história da filantropia é bastante ligada à prática norte-americana de filantropia. O *National Philanthropic Trust* lista fatos e eventos relacionados à filantropia nos Estados Unidos desde o início do século XVII, sempre pautados pelo objetivo de "melhorar as condições sociais e de vida nos Estados Unidos", "uma obrigação moral dos ricos cuidarem dos pobres" (NATIONAL PHILANTHROPIC TRUST, 2007).

A prática da filantropia, no entanto, revela-se um meio de dominação de setores mais ricos sobre os mais pobres. A filantropia não interfere nos interesses econômicos individuais e ao mesmo tempo, protege o Estado de sua "dívida em relação aos pobres" (BEGHIN, 2005).

No Brasil, na área da saúde, a filantropia é fortemente associada à Igreja Católica, às Irmandades da Misericórdia e à instalação das Santas Casas, como já descrito. Na estruturação do Estado Brasileiro, priorizou-se o financiamento destas instituições por intermédio de repasse de recursos, subsídios, subvenções, imunidades e isenções (BEGHIN, 2005).

Segundo Mestriner, a filantropia está muito ligada ao clientelismo, ambos profundamente marcantes na estrutura social e política do Brasil. A evolução histórica da filantropia no Brasil poder ser dividida nos períodos: filantropia caritativa (até 1889), higiênica (1889 a 1930), disciplinadora (1930 a 1945), pedagógica profissionalizante (1945 a 1964) e de clientela vigiada (1964 a 1988) (MESTRINER, 2001).

O investimento realizado por organizações/empresas é um fenômeno relativamente recente no Brasil. As empresas adotam uma ou mais formas de investimento: direto

(a própria empresa realiza e controla os projetos); indireto (parcerias); e o investimento a partir da constituição de uma fundação (BORGES, 2007).

Na área de saúde, para o Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições classificadas como filantrópicas não se encaixam no raciocínio até aqui descrito, porque apresentam-se como alternativas de solução, oferecendo descentralização e operação de hospitais de forma geral. O SUS é considerado o principal comprador no país, de serviços das instituições filantrópicas hospitalares.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta. A iniciativa privada participa do SUS, com a intervenção de prestadores privados de serviços de saúde, com fins lucrativos ou sem fins lucrativos.

O primeiro marco do Sistema de Saúde Brasileiro, como o conhecemos hoje, ocorreu com a promulgação da Constituição da República do Brasil de 1988, talvez tenha sido a 8ª conferência nacional de saúde, de 1986, que preparou o caminho para a Constituição que em seu artigo 196, determinou que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado” e mais a seguir, em seu artigo 199, garante que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

Para nortear as ações públicas de saúde, no artigo 198 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes de universalização do acesso às ações e serviços de saúde e integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou as Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8.080/90 e 8.142/90, que detalham a organização e funcionamento do SUS.

O processo de construção do SUS após sua implantação enfrentou uma crise profunda do Estado, comprometido na sua capacidade de sustentar as ações e os serviços públicos de saúde.



Pereira (2004) aponta que parcelas crescentes da população foram induzidas a buscar assistência no sistema de saúde privado no Brasil, conhecido como Sistema de Saúde Suplementar ou apenas como Medicina Suplementar / Supletiva, que abrange todos os serviços de assistência médico-hospitalar financiados pela iniciativa privada. O setor público de saúde, através do Sistema Único de Saúde, atribuiu a este grupo de assistência médico-hospitalar a característica de ser um sistema constituído por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo, a cooperativa médica, a autogestão e o seguro-saúde; este grupo de atores compram serviços de hospitais privados com e sem fins lucrativos.

Em 1998, o governo passou a regular o funcionamento dos planos e seguros privados de assistência à saúde, com a Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, seguida pela Medida Provisória nº 2.012 de 30 de dezembro de 1999, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS tem, nos termos da lei, por finalidade institucional, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras de planos de saúde, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

Os hospitais privados com e sem fins lucrativos, podem vender seus serviços a dois grandes compradores, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Saúde Suplementar.

No Sistema Único de Saúde, os Hospitais sem fins lucrativos têm participação expressiva (MARINHO, 2004).

A relação de compra e venda de serviços de saúde estabelecida entre o SUS e os prestadores de serviços privados, com ou sem fins lucrativos, é mediada por contratos, como determina a Constituição. Os princípios, as formas e os instrumentos para mediar as relações entre o poder público e os fornecedores de bens e serviços privados estão tipificados na Lei nº 8.666/1993, complementada pela Lei nº 11.079/2004, que regulamenta as parcerias público privadas. Não obstante a omissão da lei que, em seu artigo 13, não prevê os serviços de saúde entre os descritos, ela deve ser observada por tratar-se do marco normativo para o estabelecimento de contratos, convênios e similares entre o Estado e a iniciativa

privada. Este regime de contratualização vem se desenvolvendo lentamente entre os gestores do SUS (Secretarias de Saúde Estadual, Municipal e Ministério da Saúde). (MATOS E POMPEU, 2003; SUNDFELD, 2006).

A relação entre o público e o privado (com ou sem fins lucrativos) é o princípio de uma regulação governamental sobre as atividades exercidas por Hospitais que manifestam interesse em ofertar algum tipo de serviço ao SUS.

Para dimensionar a categoria hospitalar no Sistema de Saúde Brasileiro, seguem dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), de 2007.

No Quadro 1, encontramos resumido o “Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, na categoria Hospitais” pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2007.

Quadro 1 - Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, na categoria Hospitais. Dezembro, 2007

Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Hosp. especializado	285	156	810	0	1251
Hospital Geral	1.674	1.353	2.151	5	5.183
Hospital Dia	61	6	284	0	351
Total	2020	1515	3245	5	6785

Fonte: CNES, 2007 – Acesso em Março de 2009.

No Canadá, o setor público engloba 98% dos Hospitais, na Suíça 78% dos Hospitais são sem fins lucrativos, na França essa porcentagem era de 71% e na Alemanha era de 67% (SLOAN, 2000).

Na América Latina a presença do setor privado em oferta de leitos varia entre 20 e 40%, não incluídos os privados sem fins lucrativos (MARINHO, 2004).

No Brasil, os Hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos são objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de Governo de arrecadação de Tributos e Contribuições e de instituições da área econômica, tais como o Banco Nacional de

Desenvolvimento Econômico Social (PORTELA et al, 2000, 2002, 2004; LIMA et al, 2004, 2007; GERSCHMAN et al, 2007; UGA et al, 2008).

Os resultados apresentados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico Social (PORTELA et al, 2002) e Portela (2000) não somente delineiam a participação do setor hospitalar filantrópico junto ao SUS, em termos nacionais, como também oferecem elementos para o entendimento do contexto conflitante no processo de estabelecimento de uma nova regulamentação para o setor. O estudo financiado pelo BNDES ( PORTELA et al, 2002) caracterizou uma amostra de hospitais filantrópicos (102) em três categorias:

- Hospitais Filantrópicos com menos de 599 leitos – total: 66 entidades.
- Hospitais Filantrópicos com mais de 599 leito (Individuais ou de Conglomerados com pelo menos 2 hospitais) – total: 26 entidades.
- Hospitais Especiais (Hospitais Filantrópicos não usuais prestadores de serviços ao SUS) – total de 10 entidades.

Segundo o relatório do BNDES (PORTELA et al, 2002), no ano de 1999 havia 320 Hospitais filantrópicos não usuais prestadores de serviços ao SUS, apontado pelo cruzamento de dados entre os Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social emitidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social e o Serviço de Informação Hospitalar do SUS.

Complementando o Artigo 199, do Capítulo II da Seguridade Social no Título VIII da Ordem Social, no Parágrafo 1º ‘As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato público em convenio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos’ . Parágrafo 2º ‘ É vedada, expressamente, a distribuição de recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos (Brasil, 1995).

O Artigo 150, da constituição brasileira, no Título VI, da Tributação e do Orçamento, no capítulo I do Sistema Tributário Nacional e seção II das Limitações do Poder de Tributar, no item VI letra c, coloca que sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios

instituir impostos sobre patrimônio, renda ou serviços das instituições de assistência social sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei (Brasil, 1995).

O exposto acima pode explicar as manifestações discordantes de juristas e representantes do Ministério da Saúde e da Previdência Social, publicadas na grande imprensa, sobre a manutenção ou obtenção de Certificados de Entidades Beneficentes de Assistência Social, a Hospitais privados não usuais prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde, cujo segmento de mercado principal é o da medicina supletiva/suplementar.

O Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social remete a isenções tributárias, que estariam beneficiando estas entidades privadas que mesmo juridicamente definidas como não distribuidoras de lucros, atendem principalmente à medicina suplementar, e são não usuais prestadoras de serviços ao SUS. Entre 2002 e 2008, estes Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de Serviços ao SUS, vieram se aproximando dos gestores do SUS, por meio de contratos de prestação de serviços. Somente com o Decreto Lei 5895 /2006 surge a possibilidade de regulação sobre os projetos desenvolvidos dentro de uma política mais ampla de Sistema de Saúde Brasileiro. Entende-se por regulação o controle de ações dos Hospitais Filantrópicos, que passaram a ser formalmente contratadas, acompanhadas e controladas, sendo objeto de relatórios a serem avaliados pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária e previdenciária.

Nas manifestações públicas acerca do tema de concessão de Certificados de Entidade Beneficentes de Assistência Social, destacamos a seguir três posicionamentos.

O Jurista Ives Gandra da Silva Martins confirma em reportagem para o Caderno Especial Terceiro Setor de 04 de setembro de 2008, que propôs uma Ação de Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) em favor das entidades beneficentes e instituições de educação, pois coloca que a Constituição já declara que o Estado está proibido de tributar as instituições de caráter beneficente e que o Poder Executivo só tem

competência para verificar se as entidades efetivamente, são ou não de beneficência, além de ser um direito adquirido.

Quando do surgimento da Medida Provisória 446, que regulamenta o Decreto Lei 5895/2006, outra opinião relevante foi do Jurista Dalmo Dallari, professor emérito da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP), publicada na Gazeta Mercantil de 04 novembro de 2.008: “o direito de todos à saúde, garantido pela Constituição, poderá ser fraudado com o apoio formal do governo, ... será a oficialização da “filantropia”, que é a utilização da fachada formal de instituição filantrópica para aumentar o proveito econômico...”. Para ele, as isenções tributárias serão mantidas, em troca de contrapartidas que nem de longe terão termos de proteção da saúde das populações mais pobres, o efeito prático das obrigações que as filantrópicas se comprometeram a cumprir quando obtiveram o certificado de filantropia.

A terceira sintetiza a resposta do Ministério da Saúde às colocações acima; o médico e administrador hospitalar e diretor do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde, atual Secretário da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Dr. Alberto Beltrame, responde em 06 de novembro de 2008, na Gazeta Mercantil, que: “as instâncias estaduais e municipais do SUS, mesmo com suas limitações estruturais e orçamentárias, prestam um importante serviço ao disponibilizar suas redes assistenciais a todos os cidadãos, sem qualquer tipo de distinção. O mesmo pode ser dito dos hospitais filantrópicos que destinam 60% de seus serviços aos usuários do SUS em contrapartida à isenção de impostos de que gozam. Há, no entanto, uma distorção que precisa ser eliminada. Ela se refere aos hospitais filantrópicos que, como contrapartida à isenção das contribuições fiscais, destinam 20% de sua receita ao atendimento gratuito. Esses estabelecimentos, apesar da filantropia que exercem, não são vinculados ao SUS.”. O Decreto 5895/2006, segundo o Dr. Beltrame, cria mecanismos para que esses hospitais filantrópicos ajustem seus serviços às necessidades do SUS mediante vínculo formal com o sistema público.

Com a proposta do Decreto 5895/2006 e Projeto de Lei 3021/2008, seguidos pela Medida Provisória 446/2008, seria de se esperar mudanças nas estratégias

adotadas para obtenção e manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e isenções fiscais decorrentes, pelos Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, da amostra estudada.

A mudança estratégica é baseada no reconhecimento da pressão ambiental e no prematuro senso de disparidade entre a organização do presente e seus desejos futuros de relacionamentos com ambientes competitivo, social, político e econômico (PETTIGREW, 1985; PETTIGREW, FERLIE E MCKEE, 1992).

O pesquisador, por seu vínculo de trabalho há 20 anos com um Hospital Privado Filantrópico, não usual prestador de serviço ao SUS, conhecendo a sua história e estratégias que eram adotadas para a manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, despertou a curiosidade de conhecer como e porquê outros Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, planejam as suas estratégias.

Inseri-los no cenário de mudanças políticas e legislativas que regulam o setor de Hospitais Filantrópicos, e analisar as mudanças estratégicas que estas entidades adotaram foi a consequência deste interesse por estas organizações.

## 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 - Legislação correspondente à concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ou Certificado de Filantropia.

#### Período entre 1988 – 1998

A principal Lei que regulamenta o setor filantrópico é a Lei Orgânica de Assistência Social (Lei Nº 8742, de 7/12/1993 - LOAS/93), que dispõe sobre a Assistência Social e define os requisitos necessários para uma entidade ser considerada filantrópica.

A LOAS/93 substitui o Decreto Nº 752, de 16/02/1993, que definia o conceito de entidade beneficente de assistência social. Pelo Decreto Nº 752/1993, todas as entidades de saúde sem fins lucrativos eram consideradas beneficentes em assistência social. Ele ainda considerava que as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, filiados à Confederação de Misericórdias do Brasil (CMB), assim como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES), não precisavam aplicar 20% em gratuidade de sua receita bruta como as demais instituições beneficentes, como determinado pela legislação, quando não cumprissem o atendimento mínimo de 60% do SUS.

A LOAS/93 institui o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), ao qual cabe fixar as normas para a concessão de registro e certificado de fins filantrópicos, o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

No Art. 17, no Capítulo III da LOAS/93 *da organização e da gestão*, fica instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, cujos membros, nomeados pelo Presidente da República, têm mandato de 2 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período. Dispõe sobre a forma de composição no Parágrafo 1º, colocando que o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é composto por 18 (dezoito) membros e respectivos suplentes, cujos nomes são indicados ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, de acordo com os critérios

seguintes: I - 9 (nove) representantes governamentais, incluindo 1 (um) representante dos Estados e 1 (um) dos Municípios; II - 9 (nove) representantes da sociedade civil, dentre representantes dos usuários ou de organizações de usuários, das entidades e organizações de assistência social e dos trabalhadores do setor, escolhidos em foro próprio, sob fiscalização do Ministério Público Federal.

A LOAS/93 considera como entidades e organizações de assistência social beneficentes, segundo o Art. 3º, capítulo I “aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos”.

Algumas condições dispostas pelo Decreto Nº 752/93 foram revogadas somente em 1998, pelo Decreto Nº 2536 de 06 de abril de 1998. Entre elas estão:

No Art. 1º - considera-se entidade beneficente de assistência social a instituição beneficente de assistência social, educacional ou de saúde, sem fins lucrativos, que atue precipuamente no sentido de: proteger a família, a infância, a maternidade, a adolescência e a velhice; amparar crianças e adolescentes carentes; promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência; promover, gratuitamente, assistência educacional ou saúde.

No Art. 2º - faz jus ao Certificado a entidade beneficente de assistência social que demonstre, cumulativamente: aplicar anualmente pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços e de bens não integrantes do ativo imobilizado, bem como das contribuições operacionais, em gratuidade, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições previdenciárias usufruídas.

Ainda segundo o parágrafo 3º do Art. 2º, a entidade da área de saúde cujo percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde (SUS) seja em média igual ou superior a sessenta por cento do total realizado nos últimos três exercícios e, pelo parágrafo 4º, as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos filiados à Confederação de Misericórdia do Brasil, e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES) e entidades que prestem serviços a pessoas portadoras de deficiência, filiadas à Federação Nacional das APAES, ficam dispensada da observância a que se refere este artigo, desde que os serviços ofertados em pelo menos sessenta por cento de sua capacidade instalada



ao Sistema Único de Saúde, sejam protocolados junto aos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

### **Período entre 1998 e 2002**

A concessão do Certificado de Filantropia passou a ser regulamentada pelo Decreto Nº 2.536, de 06/04/1998. A nova regulamentação estabeleceu que todas as exigências necessárias para a obtenção do Certificado deveriam ser analisadas retrospectivamente, relativas aos três anos anteriores ao requerimento que solicita a concessão do Certificado.

Uma outra exigência do Decreto Nº 2.536/1998 era que a entidade estivesse inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social (COMAS) ou no Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS) ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (CASDF). Destacamos a seguir alguns artigos do Decreto Nº 2.536/1998:

No Art. 2º - Considera-se entidade beneficente de assistência social, para os fins deste Decreto, a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue no sentido de: proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; amparar crianças e adolescentes carentes; promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências; promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde; promover a integração ao mercado de trabalho.

No Art. 3º - faz jus ao Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a entidade beneficente de assistência social que demonstre nos três anos imediatamente anteriores ao requerimento, cumulativamente: estar legalmente constituída no País e em efetivo funcionamento; estar previamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede se houver, ou no Conselho Estadual de Assistência Social, ou Conselho de Assistência Social do Distrito Federal; estar previamente registrada no CNAS; aplicar suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais; aplicar as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas; aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações

particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruída; não distribuir resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto; não perceberem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou equivalentes, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos; destinar, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, o eventual patrimônio remanescente a entidades congêneres registradas no CNAS ou a entidade pública; não constituir patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social.

No parágrafo 1º, do inciso XI, do ART. 3º está explícito que o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos somente será fornecido a entidade cuja prestação de serviços gratuitos seja permanente e sem qualquer discriminação de clientela, de acordo com o plano de trabalho de assistência social apresentado e aprovado pelo CNAS.

No parágrafo 2º, do inciso XI, do ART. 3º consta que o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos terá validade de três anos, a contar da data da publicação, no Diário Oficial da União, da resolução de deferimento de sua concessão, permitida sua renovação sempre por igual período, exceto quando cancelado em virtude de transgressão de norma que regulamenta a sua concessão.

No parágrafo 4º, do inciso XI, do ART. 3º o disposto no inciso VI (20 % de gratuidade) não se aplica às Entidades da área de saúde, as quais, em substituição deverão comprovar, anualmente, percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde, SUS, igual ou superior a sessenta por cento de total de sua capacidade instalada de prestação de serviços.

Pela Resolução Nº 177, de 10/08/2000, criou-se o parágrafo 5º, complementando o parágrafo 4º do Decreto Nº 2536/98 onde as entidades de saúde, no caso de não terem atingido o percentual exigido pelo parágrafo 4º, poderão considerar para a complementação daquele percentual, outros serviços prestados com recursos próprios da entidade, desde que apresentados para análise ao gestor local do SUS, através de ofício.

Através do Decreto Nº 3.504 de 13 de junho de 2000, a concessão ou renovação do Certificado passou a exigir também a Declaração de Utilidade Pública Federal,

solicitada através de requerimento ao Ministério da Justiça, para as entidades filantrópicas, o que não era exigido anteriormente.

### **Período entre 2002 e 2008**

Neste período, o Decreto Nº 4.327 de 08/08/2002, dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) para instituições de saúde, alterando o Decreto Nº 2.536 de 06/04/1998 e criando a figura do Hospital Estratégico, reconhecido pelo Ministério da Saúde e permitindo, além da aplicação do atendimento a 60% de usuários do Sistema Único de Saúde, a alternativa de justificar a concessão do certificado através da prestação de 20 % da sua receita bruta em atendimentos gratuitos.

No Art. 1º a instituição de saúde que nos anos de 1998 a 2001, não tenha atingido o percentual de que trata o parágrafo 4 do art. 3º do Decreto Nº 2.536 de 06/04/1998, poderá ter seu Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS) concedido ou renovado, desde que tenha nesse período cumprido o requisito de aplicação em gratuidade de que trata o inciso VI do art. 3º do citado Decreto Nº 2.536/98.

No Art. 2º, o Art. 3º do Decreto Nº 2.536/98, passa a vigorar com as seguintes alterações: no parágrafo 4º, a instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medidas por pacientes-dia, ou ser definida pelo Ministério da Saúde como Hospital Estratégico, a partir de critérios estabelecidos na forma de decreto específico.

No parágrafo 5º do Art. 2º, o atendimento no percentual mínimo de que trata o parágrafo 4º pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da instituição. Este parágrafo, permite que associações ou conglomerados hospitalares somem os seus atendimentos para poder atingir a cota de atendimento em serviços prestados a usuários do SUS, igual ou superior a 60%.

Quanto à disposição de utilizar a gratuidade, no parágrafo 10º do Art. 2º, aparece que havendo a impossibilidade, declarada pelo gestor local do SUS, da contratação dos serviços de saúde da instituição no percentual mínimo estabelecido nos termos do parágrafo 4º, devesse ela comprovar atendimento ao requisito de que trata o inciso VI, da seguinte forma: se a prestação de serviços ao SUS for entre 50 a 59% do total de atendimentos realizados, a instituição deverá completar com 5% de gratuidade; se os atendimentos atingirem entre 30 e 49%, a instituição deverá completar com 10% de gratuidade; se os atendimentos forem menores do que 30%, deverá completar com 20% de gratuidade.

O Decreto Nº 4.327/2002 ainda dispõe no parágrafo 11 que, se tratando de instituição que atue, simultaneamente, nas áreas de saúde e de assistência social ou educacional, que seja aplicado às áreas as suas regras específicas; nas áreas educacional e de assistência social, aplica-se 20% de atendimento gratuito, enquanto que na de saúde é necessário cumprir o atendimento a 60% dos usuários do SUS.

Os parágrafos 13º e 14º ressaltam que o valor aplicado em gratuidade na área de saúde, quando não comprovado por meio de registro contábil específico, será obtido mediante a valoração dos procedimentos reavaliados com base nas tabelas de pagamentos do SUS. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado. Este fato é importante para que haja a padronização, entre as instituições, dos valores que estão sendo considerados aplicados à gratuidade.

Os Hospitais Estratégicos foram definidos pelo Ministério da Saúde, por meio do Decreto Nº 4.481, de 22/11/2002, que dispõe sobre os critérios adotados, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo este Decreto, estes são hospitais gerais que devem prestar serviços ao SUS, medidos por paciente-dia, no percentual mínimo de 30%, atendendo sempre a realização de transplantes e pelo menos mais três das seguintes categorias definidas pelo Ministério da Saúde como alta complexidade: assistência cardiovascular ou cirurgia endovascular de alta complexidade; oncologia; assistência a queimados; cirurgia bariátrica; tratamento

das lesões lábio palatais e implante coclear; neurocirurgia ou tratamento cirúrgico de epilepsia; ortopedia de alta complexidade (em ombro, coluna, joelho, quadril, mão ou tumor ósseo); transplante de rim, rim e pâncreas ou pâncreas; transplante de coração, fígado ou pulmão; transplante de medula óssea.

Este Decreto, no Artigo 4º, colocava ainda que os Hospitais enquadrados como estratégicos terão prioridade no estabelecimento de parcerias, contratos, convênios, acordos técnicos e operacionais, financiamentos e outras medidas ou atividades voltadas para o incremento ou o aperfeiçoamento da capacidade assistencial do SUS.

O Decreto Nº 4.481/2002, que dispunha sobre os Hospitais Estratégicos, foi revogado pelo Decreto Nº 4.588, de 07/02/2003.

Em 18 de setembro de 2006, por meio da publicação do Decreto Nº 5.895, dá-se uma nova redação ao art. 3º do Decreto Nº 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

No Decreto Nº 5.895, no Art. 1º, parágrafo 4º, a instituição de saúde deverá ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS, no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medido por paciente-dia. No parágrafo 17º, a instituição de saúde poderá, alternativamente, para dar cumprimento à solicitação do Certificado de Filantropia, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, estabelecendo convênio com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

O Ministério da Saúde definiu, através da Portaria Nº 3276 de 28 de dezembro de 2007, os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas.

No parágrafo 19º, ressalta que o recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruídas. De acordo com o parágrafo 21 º, as instituições de saúde poderão complementar as atividades de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares não remunerados pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, como prestação de serviços por gratuidade, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições:

- I - o valor previsto no *caput* não poderá ultrapassar trinta por cento do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais;
- II - a instituição de saúde deverá apresentar, ao gestor local do SUS, plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor efetivamente despendido pela instituição;
- III - a demonstração dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida mediante apresentação dos comprovantes necessários;
- IV - as instituições conveniadas deverão informar a produção nos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial - SIA e SIH/SUS

A participação de instituições de saúde em projetos de apoio previstos não poderá ocorrer em prejuízo de atividades assistenciais prestadas ao SUS. O conteúdo e o valor das atividades desenvolvidas em cada projeto de apoio ao desenvolvimento institucional e de prestação de serviços ao SUS deverão ser objeto de relatórios semestrais, os quais serão encaminhados à área do Ministério da Saúde vinculada ao projeto de apoio e de prestação de serviços e ao CNAS, para fiscalização, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária e previdenciária, Receita Federal e Ministério da Previdência.

### **Projeto de Lei 3021 de 2008**

O Projeto de Lei Nº 3021, apresentado pelo Ministério da Previdência e Casa Civil em 17 de março de 2008, dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

As principais modificações propostas para a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social são: redução do tempo de concessão do Certificado de 3 anos para os 12 meses que antecederam ao requerimento; fica vedado dirigir as atividades das entidades certificadas beneficentes de assistência social a público restrito, categoria ou classe; a análise da emissão do certificado passa a ser feita por Ministério competente à área solicitante (Saúde / Ministério da Saúde).

Na área da Saúde, no art. 4º, mantém que, para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medido por paciente-dia.

No Art. 8º - Na impossibilidade do cumprimento do percentual mínimo a que se refere o art. 4º na contratação dos serviços de saúde da entidade, declarada pelo gestor local do SUS, deverá ela comprovar a aplicação de um percentual da sua receita bruta em atendimento gratuito de saúde da seguinte forma: I - vinte por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a trinta por cento; II - dez por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a trinta e inferior a cinquenta por cento; ou III - cinco por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a cinquenta por cento, ou se completar o quantitativo das internações hospitalares, medido por paciente-dia, com atendimentos gratuitos devidamente informados de acordo com o disposto no art. 5o, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte.

No Art. 11. A entidade de saúde poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4o, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; II - capacitação de recursos humanos; III - pesquisas de interesse público em saúde; ou IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde. No parágrafo 1º deste artigo, o Ministério da Saúde definirá os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada

uma das áreas de atuação previstas neste artigo. No parágrafo 2º, recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

No parágrafo 3º, o projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento definido em ato do respectivo Ministro de Estado.

No parágrafo 4º, as entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS, não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições: I - a complementação não poderá ultrapassar trinta por cento do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais; II - a entidade de saúde deverá apresentar, ao gestor local do SUS, plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido; III - a comprovação dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida, a qualquer tempo, mediante apresentação dos documentos necessários; e IV - as entidades conveniadas deverão informar a produção na forma estabelecida pelo Ministério da Saúde, com observação de não geração de créditos.

No parágrafo 5º a participação das entidades de saúde em projetos de apoio previstos neste artigo não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS.

#### **Medida Provisória n º 446**

A Medida Provisória Nº 446, de 7 de novembro de 2008, ao ser publicada, praticamente edita para a área de saúde o mesmo conteúdo jurídico do Decreto Lei 5895/2006 . Este conteúdo, já havia sido incluído no Projeto de Lei 3021, que ainda se mantinha em análise. Mas quando entramos nas disposições gerais e transitórias da Medida Provisória, surgiram vários questionamentos jurídicos e de impacto junto às entidades filantrópicas e à opinião pública, pois pelo descrito nas Disposições Gerais e transitórias desta Medida Provisória, colocava-se em prática uma anistia às



entidades que tinham seu pedido de Certificado de Entidade Beneficente em tramitação, julgado ou em recurso.

Nas disposições gerais e transitórias, no Art. 35º, as entidades ficam obrigadas a criar uma pessoa jurídica para cada uma das suas áreas de atuação, com número próprio no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas. Ou seja, as entidades que atuam com unidades nas áreas de saúde, educação ou de assistência social, não mais poderão adotar o mesmo Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica.

No Art. 36º os pedidos de concessão originários de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social que não tenham sido objeto de julgamento pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS até a data de publicação da Medida Provisória serão remetidos ao Ministério responsável, de acordo com a área de atuação da entidade, que os julgará, nos termos da legislação em vigor à época do requerimento.

No Art. 37º os pedidos de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social protocolados, que ainda não tenham sido objeto de julgamento por parte do CNAS até a data de publicação desta Medida Provisória, consideram-se deferidos.

No Art. 39º os pedidos de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social indeferidos pelo CNAS, que sejam objeto de pedido de reconsideração ou de recurso pendentes de julgamento até a data de publicação desta Medida Provisória, consideram-se deferidos.

No Art. 41º os Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social que expirarem no prazo de doze meses contados da publicação desta Medida Provisória ficam prorrogados por doze meses, desde que a entidade mantenha os requisitos exigidos pela legislação vigente à época de sua concessão ou renovação.

## 2.2 - Estratégia

Não há um consenso geral a respeito da definição do que é estratégia nem acerca dos processos de sua elaboração. Na literatura encontramos diferentes autores com visões distintas, que chegam a analisar separadamente os processos de elaboração daqueles desenvolvidos para a colocação de sua prática.

Whittington (2002) oferece quatro abordagens genéricas de estratégia: a clássica, a evolucionária, a processual e a sistêmica. Em cada abordagem há uma visão sobre a estratégia e como ela interfere nas práticas de gerenciamento. Para este autor, a visão estratégica clássica é a mais conhecida e influente nas empresas e divulgada amplamente em livros, e é vista como um processo racional de planejamento em longo prazo, com o intuito de garantir o futuro. Na visão evolucionista, o futuro não é palpável a médio e longo prazo, devendo-se concentrar as ações nas chances de sobrevivência. Nela se reconhece o imperativo da lei da selva no mercado, onde “os fortes sobrevivem”. Os processualistas também questionam o real valor de um planejamento racional no longo prazo; para estes, estratégia é o resultado de aprendizado e adaptação, fruto de uma imperfeição dos seres humanos, empresas e mercado. Todos eles cometem acertos, erros e julgamentos. Por fim, a visão sistêmica traz uma visão sociológica para a estratégia, cujos fins e meios estão interligados às culturas e poderes sociais dos sistemas sociais dos locais aonde ela se desenvolve.

Segundo Mintzberg (1978), a elaboração de estratégias deve compreender tanto a sua formulação quanto a sua implementação, sendo um processo não divisível e iterativo. As estratégias podem surgir de um planejamento formal (Planejamento Estratégico), como um aspecto central, fruto de um processo de pensamento consciente e controlado, onde imperam a razão e lógicas administrativas (MINTZBERG E WATERS, 1982; MINTZBERG, 1987; MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000)

Na opinião de Christensen et al (1982), os líderes das empresas, baseiam-se em técnicas estruturadas, que seguem etapas de elaboração seqüencial para elaborar as estratégias, trazendo-as de maneira formal e clara, para que possam ser implementadas, com seus objetivos, orçamentos e planos de ação. Neste

planejamento formal, Mintzberg (1978), complementa que a formação de estratégia deve ser um processo consciente e controlado de pensamento, derivando diretamente da noção do homem econômico racional. Nesta abordagem o executivo localizado no topo da pirâmide da empresa reflete individualismo econômico, ao assumir os poderes de decisão das estratégias.

O planejamento estratégico, pode seguir centenas de modelos diferentes, mas segundo Mintzberg (2000), eles reduzem-se às mesmas idéias básicas. Apresenta assim um modelo simplificado de planejamento estratégico, seguindo as principais etapas que devem ser cumpridas, para a realização sua execução : fixar objetivos; auditoria externas e internas; avaliação estratégica, operacionalização da estratégia; programação do processo.

No estágio de fixação de objetivos, desenvolvem-se extensos procedimentos para explicar e, sempre que possível, quantificar as metas da organização, de forma numérica, criando uma quantificação das metas e um meio de controle. Uma vez que estes objetivos tenham sido estabelecidos, as condições externas e internas da organização devem ser avaliadas, por meio de auditorias. Nas avaliações externas há uma busca da previsibilidade das condições futuras, para que possa ocorrer um planejamento. Nas avaliações internas, há a busca de pontos fortes e fracos da organização. Segue-se então o processo de operacionalização da estratégia, onde ocorre o detalhamento, dividindo-se as estratégias em sub-estratégias, que culminam em planos operacionais.

A última etapa descrita, a da programação do processo, traz o planejamento para um cronograma que define as atividades, os responsáveis por elas e os prazos a serem cumpridos.

Tecnicamente, estratégias se referem às mudanças e não a continuidade. Afinal, estão relacionadas à imposição de padrões estruturados de comportamento em uma organização, sejam eles em forma de intenções antecipadas que se tornam estratégias deliberadas, sejam de ações após o fato que se enquadram nos padrões consistentes de estratégias emergentes. Mas administrar estratégia freqüentemente é administrar mudança, reconhecer quando uma mudança de curso de natureza

estratégica é possível, desejável e necessária e, então, agir, possivelmente colocando em ação mecanismos para mudança contínua (MINZBERG E WATERS, 1985; MINTZBERG E HUGH, 1985; MINTZBERG, 2006).

As mudanças nos cenários políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, culturais, demográficos e ecológicos, inspiram grandes mudanças e transformações nas estratégias empresariais das organizações (HALL, 1984). Assim sendo, não apenas elaborar ou implementar as estratégias é necessário, mas estar atento a esta conjuntura de mudanças nos cenários é prerrogativa nas organizações para que, de forma adaptativa, responsiva, reativa ou pró-ativa, mudanças ocorram.

Mudança estratégica organizacional é um processo multifocal e de grande interação, sendo que os seus resultados são moldados por interesses e compromissos, nos níveis individuais e coletivos de uma organização, integrados a outras ações, como as políticas e econômicas. Para sua sobrevivência, as organizações não dependem apenas de suas estratégias, elas precisam estar aptas a mudá-las permitindo que novas e emergentes estratégias surjam. Nem tudo é controlável, para sua sobrevivência. As organizações dependem de recursos externos do meio ambiente e sua sobrevivência está relacionada à velocidade com que a adaptação a rápidas mudanças ou previsões de futuro aconteça (HALL, 1984).

As mudanças estratégicas em qualquer organização são influenciadas pela história, pelas atitudes, pelos relacionamentos entre os grupos de interesse e pela mobilização para a mudança dentro da estrutura de poder e que o real problema de mudança estratégica está ancorado, principalmente, nos novos conceitos da realidade e nas novas questões e idéias que requerem atenção (PETTIGREW, 1985). As organizações podem responder às mudanças em seu ambiente, transformando os processos estratégicos (CHILD, 1972, 1987), sendo que as alterações estratégicas refletiriam o que a organização deseja como relacionamento com os seus ambientes social, político e econômico (PETTIGREW, 1985).

Sofrer as ações do meio não significa não poder atuar de forma consciente a escolher as suas estratégias e ações. PETTIGREW (2007), já afirmava que as organizações sempre têm a possibilidade objetiva de fazer escolhas quanto a

estratégias, mesmo sofrendo pressões do meio, ainda que limitadas por mudanças de contexto dos seus negócios.

Este processo de mudança traz um conceito divulgado por Mintzberg (1978), de que a estratégia não é formulada, o que carregaria um conceito estático, mas sim formada, trazendo um conceito dinâmico. A estratégia, portanto não resulta de um planejamento rigidamente implementado, mas também de uma reformulação para novos padrões, a partir de um conjunto de novas ações e decisões.

Entre as conclusões do artigo está a possibilidade de interpretação da formulação de estratégias como a relação entre as dinâmicas do ambiente e as da estrutura interna das organizações, por meio da análise e interpretação de suas lideranças. Da mesma forma, os estudos das relações entre estratégias intencionadas e emergentes podem levar as questões centrais do complexo processo organizacional. As estratégias emergentes resultam da implementação das estratégias formuladas, que geram informações e novas intenções de atuação e, portanto tentam modificá-las. A falta de adaptação às novas necessidades da organização poderá significar que as informações não estão chegando a quem forma a estratégia (MINTZBERG, 1991).

A partir do momento em que se adota esse modelo adaptativo, ao invés de um modelo planejado, o processo de formação de estratégia assume um modelo de aprendizado. A identificação das estratégias em formação ou emergentes, pode se dar, ainda de acordo com Mintzberg (1985), pela existência ou não de ações estratégicas explícitas e de controle centralizado sobre as ações da organização, somadas à vigência de um ambiente externo capaz de ser previsto ou não, ou ainda de ser controlado ou não.

De uma maneira geral, as estratégias resultantes de um planejamento estratégico formal demonstram intenções precisas e são articuladas pela liderança central. Não há surpresas, pois são sustentadas por mecanismos de controle, num ambiente previsível ou controlável. De outro lado, há as estratégias impostas pelo ambiente externo, seja por meio de ações diretas (ações governamentais, por exemplo), seja por uma limitação proveniente do mercado, que faz com que a organização aprenda e apresente estratégias novas e emergentes.

Drucker (1990; 1994) colocava como relevante o planejamento estratégico por parte de organizações sem fins lucrativos, com definição de metas claras e objetivas, planos de ação, missão e visão. Com isto, as ações de seus beneficiários e financiadores seriam integradas, melhorando o seu desempenho em um mercado altamente competitivo.

Durst (2003) e Young (2001) apontam que as organizações sem fins lucrativos passam por processos de mudança organizacional, por meio de reestruturações com vistas a sobreviver e crescer em um ambiente de constantes mudanças.

Estudo de Alexander (2000) identificou situações de estratégias emergentes necessárias para a sobrevivência de organizações sem fins lucrativos. Uma primeira abordagem fala sobre a busca constante de expansão, incluindo-se a prestação de novos serviços e para populações diferentes, a fim de ampliar as possibilidades de financiamento, seja por parte de agências governamentais, instituições privadas e particulares. Por outro lado, as relações entre as organizações sem fins lucrativos e seus *stakeholders* se baseiam em critérios de reputação, confiabilidade e capacidade de prestar contas aos seus clientes e fornecedores e de realizar rápidas mudanças neste contexto expansionista.

Em segundo lugar, para o autor, as organizações sem fins lucrativos concordam em relação à necessidade de um planejamento estratégico para gerenciar mudanças. Em terceiro lugar, as organizações sem fins lucrativos precisam adotar estratégias de ampliação de rede, criando conexões inter-organizacionais, para sua sobrevivência. As coalizões são mais efetivas do que as organizações isoladamente, permitindo ampliar a possibilidade de aquisição de novos recursos e oportunidades para a organização. Finalmente, as organizações sem fins lucrativos devem comercializar serviços, pois essa comercialização pode permitir uma independência financeira.

O autor deste estudo preocupou-se em identificar que estratégias estavam sendo formuladas, e como estavam sendo implementadas, nos Hospitais Privados Filantrópicos, com a finalidade de obter ou manter os Certificados de Entidades

Beneficentes de Assistência Social, e não em buscar encaixar esta ou aquela estratégia em determinada escola.

A formulação de estratégias em organizações sem fins lucrativos, como os Hospitais Privados Filantrópicos (sem fins lucrativos), que compõem a amostra serão abordados tanto do ponto de vista de estratégias clássicas como as emergentes.

### **3 – PREMISSA E OBJETIVOS**

#### **Premissa**

Os Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, adotam modelos diferentes um do outro de estratégias para contemplar a legislação que lhes permite obter ou manter o “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”.

#### **Objetivo Geral**

O propósito deste estudo de casos múltiplos é analisar as mudanças estratégicas, ocorridas entre os anos de 2002 e 2008, voltadas à filantropia, em Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, no Município de São Paulo. Um dos objetivos das mudanças estratégicas é a obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

#### **Objetivos Específicos**

1. Compreender como os Hospitais Privados Filantrópicos do município de São Paulo, não usuais prestadores de serviços ao SUS, utilizam seus recursos (assistenciais, tecnológicos, de ensino e pesquisa, de gestão e financeiros, e outros) na estratégia para a obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.
2. Identificar se a Filantropia é uma estratégia de sobrevivência e/ou de vantagem competitiva no mercado.



## 4 – METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos deste trabalho foram organizados em duas etapas: a revisão bibliográfica e documental e o trabalho de campo.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa para obter as percepções dos agentes envolvidos com a gestão das estratégias e ações voltadas para a obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), também chamado Certificado de Filantropia, empreendidas por Hospitais Privados não usuais prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa foi exploratória (PATTON, 1990) na medida em que pretendeu levantar novas questões diante de um cenário de mudanças na legislação sobre o Certificado de Entidades Beneficentes Filantrópicas, ainda pouco abordadas no contexto das organizações hospitalares privadas filantrópicas. Esta análise exploratória foi complementada utilizando-se a entrevista como o processo principal de coleta de dados, ainda que tenha sido aplicada a um único ator por organização estudada (SMIRCICH, 1987; FROST, 1987).

### Revisão Bibliográfica

Para o desenvolvimento do referencial teórico, a partir da identificação da pergunta de pesquisa procedeu-se ao levantamento bibliográfico, nas bases de dados EBSCO (*Business Source Premier*), JStor (*Journal Stourage*), Proquest, Portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e Bireme (Biblioteca Regional de Medicina). As palavras-chave pesquisadas foram: mudança estratégica, hospitais filantrópicos no Brasil e hospitais sem fins lucrativos no Brasil. Também se buscou os endereços eletrônicos das Organizações estudadas, a legislação sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e matérias de jornal sobre o tema Hospitais Filantrópicos. Complementou-se a revisão no catálogo de dissertações e teses da FGV-EAESP (Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo) e acervo da Biblioteca Karl A. Boedecker, da FGV-EAESP.

## **Estratégia de Investigação**

### **O Estudo de Caso – Estudo de Casos Múltiplos**

O presente trabalho utilizou o método de Estudo de Casos para investigar as estratégias adotadas pelos Hospitais Privados, não usuais prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde, para a obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

Conforme Eisenhardt (1989) e Yin (2001), a metodologia de estudo de caso deve ser aplicada para investigar um fenômeno atual inserido em um contexto de vida real, cujos limites entre fenômeno e contexto não são evidentes. Podem combinar métodos de coleta de dados, como entrevista, análise de arquivos e relatórios, observações e questionários, propiciando a obtenção de dados qualitativos, quantitativos ou ambos.

Neste sentido, este trabalho buscou explorar “como” e “porquê” alguns Hospitais Privados, não usuais prestadores de serviços ao Sistema Único de Saúde, modificaram as suas estratégias na intenção de obter ou manter o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

O Estudo de Caso pode ser único ou múltiplo, usando como unidade de análise um ou mais indivíduos, grupos, organizações, regiões. Mas mesmo quando mais de um caso é pesquisado, a individualidade de cada um deve ser mantida (PLATT, 1999).

O Estudo de Casos Múltiplos neste estudo é de natureza exploratória, diante de uma situação nova (alteração nos ambientes interno ou externo organizacional), podendo gerar hipóteses que possam ser testadas em investigações futuras (MORRA E FRIEDLANDER, 1999).

Eisenhardt (2001) ressalta que o objetivo de casos múltiplos é generalizar e não particularizar, buscando um modelo simplificado e comum para as organizações estudadas. Um modelo é bom não por causa do excessivo rigor que lhe é aplicado, medido pelo número de variáveis levadas em consideração, mas sim pelo fato de modelar e expressar adequadamente a realidade que enfrenta; importante é reconhecer as variáveis que dele fazem parte e as que são deixadas de fora.

Complexidade de um modelo não é necessariamente sinônimo de bons resultados; é preciso ter alguma flexibilidade quando se lida com tópicos para os quais se exige senso crítico (JÓIA, 2000).

Neste raciocínio a lógica da replicação, ou seja, da escolha dos casos a serem estudados e não da amostragem estatística aleatória, deve ser utilizada para estudos de casos múltiplos, onde cada caso deve ser cuidadosamente selecionado de forma a prever resultados semelhantes ou produzir resultados contrastantes (HERSEN E BARLOW, 1976).

Adotou-se neste trabalho a técnica de triangulação, aonde se aborda um mesmo assunto sob diferentes pontos de vista e a partir de diferentes visões (PATTON, 1990; YIN, 1994; MORRA, 1999; JÓIA, 2006). Foi realizada a triangulação entre as entrevistas com os executivos responsáveis pela filantropia nas organizações da amostra, a entrevista com a Coordenadora de Ações Hospitalares do Ministério da Saúde, além da legislação vigente ou apresentada como proposta à câmara dos Deputados e à opinião pública por meio de reportagens de jornal.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, permitindo que os representantes das Instituições complementassem o roteiro de perguntas, com informações ou opiniões espontâneas relacionadas aos temas Filantropia e Estratégia. As percepções dos entrevistados sofrem o viés de suas inserções institucionais; e por ter sido realizada entrevista com um único executivo por organização estudada e com a Coordenação de Ações Hospitalares do Ministério da Saúde.

A apresentação de dados buscou embasar a pesquisa em percepções sobre o contexto organizacional e o fenômeno investigado. Isto foi complementado com o balanço social divulgado nos endereços eletrônicos na *internet* de cada organização estudada ou em *folder* institucional fornecido diretamente pelos entrevistados, com coleta de informações obtidas nos endereços eletrônicos e com legislação sobre a concessão dos Certificados de Entidades Benéficas de Assistência Social.

## **Amostra**

A motivação na escolha destas organizações iniciou-se com o interesse despertado pelo tema da Filantropia no pesquisador, por seu vínculo de trabalho há 20 anos em um Hospital Privado Filantrópico, não usual prestador de serviço ao SUS, e interesse em conhecer como e por quê outros Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, planejam as suas estratégias de obtenção e manutenção do Certificado de Entidade Beneficente.

As Organizações que foram objeto deste estudo foram selecionadas em um grupo de Hospitais Privados do Município de São Paulo membros da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). A escolha da amostra dentro dos Hospitais Privados da ANAHP baseou-se no fato de que os Hospitais pertencentes a esta associação, de acordo com norma estatutária, atendem a segmento semelhante do mercado de assistência médico hospitalar no setor de saúde suplementar (planos de saúde, operadoras de saúde e particulares), caracterizando-se portanto, como não usuais prestadores de serviços ao SUS.

As Organizações deste grupo de Hospitais Privados, que tiveram o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social emitido entre 2002 e 2008, foram escolhidas de forma intencional, pelo interesse de estudo e da disponibilidade de participação dos gestores da Filantropia e/ou Responsabilidade Social. Estas apresentam alguns atributos em comum, tais como o caráter associativo de suas instituidoras, presença de instâncias de governança corporativa características de formação e inserção comunitária, além de serem originárias de comunidades de imigrantes.

É importante salientar que as Organizações escolhidas não são representativas dos Hospitais Privados da ANAHP, já que neste grupo há hospitais privados com e sem fins lucrativos.

O primeiro critério utilizado para a escolha da amostra foi a análise das características das organizações hospitalares. Neste critério, as 5 organizações

selecionadas apresentavam estruturas semelhantes. As Organizações 1, 2, 3 e 4 são Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, e a Organização 5, é um Hospital Privado Filantrópico não usual prestador de serviços ao SUS, que pertence a uma associação com outros Hospitais, Creches, Casas de Saúde, que atendem ao SUS. Como a variável independente na pesquisa era a estratégia de filantropia, foi possível conhecer pelo menos duas maneiras de tratar o assunto

### **Instrumento de Pesquisa**

Na elaboração do roteiro da entrevista semi-estruturada, ainda que, segundo Converse (1974 e 2005), não exista uma única entrevista que se adapte a todas as ocasiões ou a todos os respondentes, buscou-se um direcionamento que focalizasse as opiniões dos entrevistados sobre a concessão de Certificados de Entidades Beneficentes de Assistência Social e as estratégias adotadas. O momento em que os discursos ocorriam era muito semelhante para todas as organizações, bem como os repertórios culturais dos indivíduos, O maior diferencial se encontrava nas cultura das organizações (SPINK E MEDRADO,2000; SPINK E MENEGON, 2000).

Os entrevistados escolhidos são executivos diretamente relacionados com Filantropia e/ou Responsabilidade Social. A Coordenadora de Ações Hospitalares do Ministério da Saúde foi procurada para uma entrevista, pois ela foi apontada por um dos executivos entrevistados como sendo a executiva do Ministério da Saúde mais diretamente envolvida nos projetos junto aos Hospitais de Excelência.

A informação sobre quem eram os responsáveis pela área de filantropia das Organizações 1, 2 e 3 foi obtida junto ao GVSaúde da FGV-EAESP. Nas Organização 4 e 5, os executivos procurados foram identificados pelas Diretorias Médicas destas instituições, em resposta a correspondência enviada às mesmas diretamente pelo pesquisador.

O roteiro da entrevista semi-estruturada, realizada com os responsáveis pela gestão da Filantropia nas Organizações analisadas, foi composto pelos seguintes itens:

- a) Identificação da Organização

- b) Perfil do Entrevistado: nome, cargo, formação acadêmica, atributos para ocupar o cargo
- c) Descrição da Organização: histórico, composição da Sociedade Mantenedora, governança, histórico dos Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social
- d) Como a Organização compreende a Filantropia e a Responsabilidade Social.
- e) Descrição das estratégias e ações adotadas para a manutenção ou obtenção dos Certificados de Filantropia entre 2002 e 2008.
- f) Quem elabora as estratégias e como ela é implantada pela organização:
- g) Definição de relações das estratégias adotadas e seus planos de ação, com as relações institucionais, com os recursos da instituição, atores externos (opinião pública, Secretarias de Saúde Municipal, Estadual e Ministério da Saúde).
- h) Opinião sobre o Decreto Nº 5895, Medida Provisória Nº 446 e Projeto de Lei Nº 3021.
- i) Qual a opinião da Organização sobre os demais Hospitais Filantrópicos e a legislação que os afeta.

O Roteiro acima buscou traçar o perfil da Organização e do executivo responsável pela Filantropia, além de obter sua opinião sobre como e por que estas organizações elaboraram suas estratégias para a obtenção ou manutenção dos Certificados de Entidades Beneficentes.

O roteiro de entrevista semi-estruturada utilizado com o representante do Ministério da Saúde foi desenhado após a realização de todas as entrevistas com os executivos das Organizações estudadas. Sendo assim, buscou-se confirmar a percepção da entrevistada quanto ao Decreto Nº 5895 e à relação das Organizações com o Ministério da Saúde. O roteiro foi composto pelos seguintes itens:

- 1) Entrevistado: nome, cargo, formação
- 2) Como o Ministério da Saúde, atuou junto aos Hospitais de Excelência, para a elaboração do Decreto Nº 5895, qual a sua participação?
- 3) Como foi o processo de escolha dos Hospitais de Excelência e expectativas em relação aos projetos desenvolvidos?
- 4) Como se deu a escolha dos projetos: qual a participação de cada hospital e do Ministério da Saúde?

- 5) O que muda no Sistema Único de Saúde com a proposta do Decreto Nº 5895?
- 6) Como o Ministério da Saúde informou os gestores locais do SUS (Secretarias Estaduais e Municipais) na implantação do Decreto Nº 5895?
- 7) Como ficam os demais Hospitais Filantrópicos que não são classificados como de Excelência?

O agendamento das entrevistas com os executivos se deu por meio de correspondência eletrônica. As entrevistas ocorreram entre 01 de Novembro e 20 de dezembro de 2008.

As entrevistas, que tiveram duração entre 40 e 90 minutos, foram realizadas sempre pelo mesmo entrevistador, no caso o próprio pesquisador, foram gravadas e posteriormente transcritas. A opção de o próprio pesquisador realizar as entrevistas foi, em primeiro lugar, para garantir uma padronização das perguntas e conceitos adotados. Em segundo lugar, para manter junto aos entrevistados o mesmo viés de percepção.

A garantia da confidencialidade dos dados foi ratificada no início das entrevistas (o pesquisador não utilizou Consentimento Informado por escrito, devido à autorização verbal gravada dos entrevistados), reforçando e assegurando o direito dos entrevistados de declinarem responder a quaisquer das questões formuladas, assim como de manifestarem comentários complementares por iniciativa própria. Optou-se pela não divulgação dos nomes das Organizações, em respeito à confidencialidade declarada.

Nenhuma das Organizações exigiu que o trabalho passasse por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## **5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Hospitais Privados Filantrópicos do Município de São Paulo – Estudo de caso de 5 Organizações**

Os resultados são apresentados por organização hospitalar, seguindo a ordem das questões propostas no questionário: Histórico Organizacional, Perfil Organizacional, Missão, Visão, Valores e Sistema de Governança Corporativa. A seguir, aparece a identificação do executivo responsável pela Filantropia, o conceito institucional de Filantropia e Responsabilidade Social adotado, seguido de quem, como e porquê planeja as estratégias para a obtenção ou manutenção dos Certificados de Entidades Benéficas de Assistência Social.

#### **5.1 - Estudo de caso Organização 1**

##### **Histórico Organizacional**

O nascimento da Sociedade Benéfica que gerencia a Organização 1 ocorreu no ano de 1955, como resultado do compromisso de uma comunidade de imigrantes de oferecer à população brasileira uma referência em qualidade da prática médica estruturada sobre quatro valores religiosos: Boas ações, Saúde, Educação e Justiça Social. O Hospital foi constituído por meio de doações, tendo sido inaugurado em 1971.

##### **Perfil Organizacional**

Em relação ao perfil organizacional, conta com 489 leitos ativos, atendendo 11.997 pacientes/dia, realizando 27.058 cirurgias/ano, ocupando uma área física de 86.000 m<sup>2</sup> e Receita Líquida anual de R\$746.341.000,00, conforme balanço financeiro resumido publicado no Relatório de Responsabilidade Corporativa de 2007.

##### **Missão, Visão e Valores Organizacionais**

Missão: “Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade de imigrantes à sociedade brasileira”.



Visão: “Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social”.

Valores: “Boas Ações, Saúde, Educação e Justiça Social, preceitos religiosos da fundação da Sociedade, que somam-se aos valores organizacionais de Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Competência e Justiça”.

### **Governança Corporativa**

A Organização 1, é uma Sociedade Beneficente, sendo uma associação civil de duração ilimitada, cujos Órgãos Diretivos são compostos pela Assembléia Geral, Conselho Deliberativo, Conselho Consultivo, Conselho Fiscal e Diretoria Estatutária. O Presidente é eleito pelo Conselho Deliberativo e apóia-se nas Diretorias Estatutária e Executiva. A Diretoria Executiva é liderada pelo Diretor-Geral, que dá cumprimento às determinações da Diretoria Estatutária. O Diretor Executivo do Instituto de Responsabilidade Social é responsável pela gestão da filantropia, respondendo diretamente ao Diretor-Geral.

### **Filantropia – Responsabilidade Social**

**Executivo Responsável:** Diretor Executivo do Instituto de Responsabilidade Social (IRS) e da Medicina Diagnóstica e Preventiva (MDP) - Subordinação direta ao Diretor Geral.

Formação: Médico

Atributos para ocupar o cargo: escolha do profissional para ocupar o cargo de Direção Executiva da Filantropia e Responsabilidade Social foi atribuída a sua experiência em trabalhos anteriores na Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, o que o tornaria habilitado a desenvolver, de maneira mais prática, relacionamentos e projetos num formato adequado e segundo as expectativas do governo, seja Municipal, Estadual ou Federal.

### **Conceito de Filantropia – Responsabilidade Social**

Segundo o Diretor Executivo: “..a palavra Filantropia acabou sendo desgastada e nós não usamos mais a palavra porque confunde o uso de Filantropia do Certificado de Entidade Beneficente, chamado de Certificado de Filantropia...que é um

instrumento legal..., só que as instituições nasceram filantrópicas independente se era para cumprir ou não um decreto legal,... as pessoas juntaram essas duas idéias e isso criou um problema de imagem,...só é filantrópico se agente ajuda pobre...” . Com base neste argumento atribui à decisão de identificar o setor que abrangeria as ações filantrópicas como 'Instituto de Responsabilidade Social' o caráter de estratégica em relação à imagem da Organização.

Em sua visão, o conceito de Responsabilidade Social é definido como uma ampliação das ações da filantropia, mencionando: “a organização investe em melhoria da qualidade de vida dos seus colaboradores e membros da comunidade aonde atuam, começando por empregabilidade e educação para a população carente da região vizinha ao hospital. Entre estas ações podem ser citados treinamento para a inclusão digital, formação de auxiliares na área da saúde, de cuidadores de idosos, de auxiliares administrativos, de pessoas que tenham o colegial e a quem possamos oferecer algo mais para se colocarem no mercado”.

## **Planejamento da Estratégia de Filantropia**

### **Quem planeja**

O desenvolvimento das estratégias para a manutenção dos Certificados de Entidades Benéficas de Assistência Social é feito em conjunto com o planejamento estratégico da Sociedade Benéfica à qual a Organização pertence, por meio de um Comitê de Responsabilidade Social. O Diretor Executivo refere que, nas ações relacionadas ao Instituto de Responsabilidade Social, este não possui autonomia para desenvolver estratégias, mas participa ativamente da implantação das mesmas, por meio de planos de ação, conforme as metas previamente estabelecidas pelo Comitê.

### **Evolução das Estratégias Adotadas**

O Diretor Executivo comentou sobre o Certificado de Filantropia, mencionando: “...em 2.002 , o Hospital teve seu certificado questionado...desde essa época nosso hospital vem buscando se enquadrar em um decreto mais favorável do que simplesmente disponibilizar 60% de sua capacidade operacional...”. Descreveu ainda de que forma a Instituição se organiza, ressaltando: “...nós temos quatro braços...o hospital, a Medicina Diagnóstica e Preventiva, o Instituto de Ensino e

Pesquisa e o Instituto de Responsabilidade Social...para garantir duas coisas: uma é garantir uma imagem de que somos uma entidade sem fins lucrativos de natureza filantrópica, segundo cumprir os preceitos legais para que agente mantenha a isenção fiscal..” . Enfatizou que o Instituto de Responsabilidade Social nasceu para ser a interface entre a Organização 1 e o Governo; dizendo: “ ...para mim o Instituto de Responsabilidade Social é para cumprir com os decretos que norteiam a tal da isenção tributária”.

Observa-se nesse discurso que a participação da Organização 1 no processo de parceria entre esse hospital e o Governo (Federal, Estadual e/ou Municipal), se deve à postura do Presidente da Sociedade Beneficente. Esta percepção é bastante evidenciada quando o Diretor salienta: “...a chegada do atual Presidente da Sociedade Beneficente em 2001...quando ele se aproximou do estado para discutir qual deveria ser a participação da organização 1 nas políticas públicas e ele, ..., insistia em dizer *'não, não dá mais para fazer filantropia ajudando o pobre que a gente quer... a gente tem que fazer filantropia ajudando a política de Estado'*...foi um processo de construção que acabou com um marco no ano passado ao assumirmos a gestão de um hospital público...”

A organização se coloca como responsável pela aproximação entre hospitais privados sem fins lucrativos e o Governo Federal. Afirma que se tornou exemplo para cinco hospitais de mesma natureza, todos filiados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF). É possível afirmar que estes hospitais passaram a adotar, além das estratégias baseadas em seus próprios recursos, um posicionamento de grupo frente ao Governo como força de opinião e agente de interferência nas expectativas governamentais de ações relacionadas ao SUS. O Diretor Executivo reforça em sua entrevista que a ANAHF não influenciou, direta ou indiretamente, qualquer parte deste processo, mas que foram as ações da Organização 1 que propiciaram o início das conversações com o Poder Público.

O entrevistado referiu ainda que o primeiro passo estratégico, em 2002, foi o lançamento do Programa de Transplante Hepático em parceria inicialmente estabelecida com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, enfatizou que a filantropia já era praticada há mais de 30 anos

no âmbito da organização, desde o início do atendimento médico assistencial na área de pediatria, prestado aos moradores de uma comunidade que se encontra nas proximidades do Hospital. Mencionou outros marcos históricos desta parceria público-privada, como o compromisso selado com a Secretaria de Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, em 2004, com objetivo de ampliar o projeto de transplantes de órgãos atuando conjuntamente com o gestor local do SUS e, em 2007, para gestão de uma Unidade Hospitalar da Prefeitura Municipal de São Paulo.

O desenvolvimento desta parceria público-privada, por meio de acordos de cooperação entre a Organização 1 e as Secretarias de Saúde do Estado e Município de São Paulo, visava à sustentação do Certificado de Entidade Beneficente concedido pelo Conselho Estadual e Municipal de Assistência Social, que serviu como base de defesa para as ações tomadas pela instituição junto ao Conselho Nacional de Assistência Social. Os valores contábeis aplicados nestes projetos eram deduzidos do balanço financeiro como sendo atendimento por gratuidade, atingindo a quota de 20% de sua receita bruta. Era uma maneira de a Organização satisfazer a legislação em vigor. Os valores de inadimplências do hospital também eram computados, bem como procedimentos solicitados por hospitais públicos ou demanda gerada diretamente pela Secretarias de Saúde Estadual ou Municipal de São Paulo, como exames de Ressonâncias e outros serviços de apoio diagnóstico.

O entrevistado salientou ainda que “... os valores dos equipamentos semi-novos repassados para hospitais filantrópicos ou Públicos, são lançados dentro dos vinte por cento da gratuidade...”, e declarou que a Sociedade nunca ficou sem o seu certificado de Filantropia, mesmo que utilizando medidas judiciais para garantir a isenção fiscal, aguardando julgamento de mérito. Reforçou que, para a organização, a Filantropia como isenção fiscal não é estratégica para sua sobrevivência. Ele ressaltou que o tema é bastante abordado em discussões internas, a fim de determinarem o efetivo valor da permanência da entidade como sendo filantrópica, mas lembrou: “... é uma vantagem competitiva... traz algumas vantagens importantes que é você atualizar particularmente o seu parque tecnológico, por não pagar determinados impostos...”.

Ainda que o entrevistado tenha enfatizado que a Constituição Brasileira garante a isenção de alguns impostos a toda entidade sem fins lucrativos, é importante salientar que algumas contribuições fiscais não são consideradas propriamente impostos, de maneira que não estariam no conceito de imunidade, passando a ser uma liberalidade do Estado mantê-la ou não para determinadas Instituições.

As isenções fiscais são decorrentes da obtenção ou manutenção de Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social, seguindo as regras impostas pela legislação, ou seja, atendendo a 60% do SUS, oferecendo serviços gratuitos no valor de 20% de sua receita bruta, ou segundo as novas regras realizando projetos de parceria para o crescimento do SUS.

Entre as ações empreendidas para contribuir com os 20% de gratuidade, o atendimento assistencial às crianças pertencentes à comunidade carente que residem nas proximidades da Organização 1 ocorria inicialmente em suas dependências. Com o aumento do número de pacientes provenientes de demanda espontânea, optou-se por comprar serviços de internação em outros hospitais, o que o Diretor Executivo indicou como sendo: "...uma terceirização da filantropia..."

Entre 2002 e 2008, a negociação de projetos e ações para justificar a parceria entre a Organização 1 e o Governo foi iniciada junto à Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo. Em razão da evolução da gestão plena do SUS pelo Município de São Paulo, a partir de 2007 os contratos de parceria público-privada foram firmados entre estas duas partes. Com o Decreto Lei 5895, todos os projetos novos passaram a ser discutidos com o Ministério da Saúde, mantendo-se aqueles já existentes com as Secretarias de Saúde do Estado e Município de São Paulo.

Para o reconhecimento da Organização 1 como um Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde, agregou-se à Certificação de Qualidade Internacional, que já possuíam desde 2000, projetos dentro dos recursos disponíveis da Instituição. O Diretor Executivo mencionou: "A regra é que o Hospital propõe e...o Ministério da Saúde diz sim ou não. Alguns projetos que envolvem Município e o Estado ... precisam ter o aval do gestor local...", e lembrou: "... tanto o Secretario de Saúde do

Município e Estado de São Paulo, ...gostariam de ser mais ouvidos do que o são pelo Ministério da Saúde.” Como a Organização 1 encontra-se em São Paulo, as Secretarias de Saúde do Estado e Município de São Paulo; “...acham que os recursos a serem aplicados devem ser aplicados aqui e não em âmbito nacional, sob a orientação do Ministério da Saúde...como saiu em entrevista com o Secretario Municipal de Saúde...”, enfatizou.

Alguns dos projetos já desenvolvidos pela Organização 1 não se enquadram nos critérios desenhados pelo Ministério da Saúde, como o atendimento dispensado gratuitamente à comunidade de imigrantes. “...a partir da lei da LOAS ...o preceito de assistência social se faz sem discriminação de credo, raça, ... ele tem que ser aberto...a comunidade de imigrantes entende que do ponto de vista legal a organização não poderia atendê-la ou utilizar este atendimento dedicado à comunidade para justificativa do abatimento de impostos, mas persiste a noção de que a organização continua com o dever de assisti-los”, salientou o Diretor Executivo.

Diante da Medida Provisória Nº 446, o entrevistado analisou “O decreto fala que a gente precisa apoiar o Sistema Único de Saúde...o Governo está dizendo claramente que aquilo que eu aceitar recolher de impostos, você usa a meu favor e não ao seu favor... à medida que a organização recebe isenção fiscal ela tem que comprar serviços para o SUS”.

Lembrou que para apoiar o Sistema Único de Saúde, há a necessidade de discussão permanente entre o Ministério da Saúde e a Organização 1, e enfatizou que esta ação serve “para que não haja desperdício de recursos”, e exemplificou: “... para o Governo transferir conhecimento e tecnologia pode significar trazer profissionais de áreas longínquas para serem treinados e capacitados nestes hospitais de excelência...pagos pela organização,...deste jeito só estou enchendo a companhia aérea de dinheiro”. Na opinião dele: “ não adianta adquirir conhecimento e tecnologia se o governo local não consegue sequer pagar as passagens...muito menos manter a mão de obra qualificada ou adquirir a tecnologia...tem que respeitar as condições loco regionais dos hospitais que a solicitam...”

Com relação ao Decreto Nº 5895 e à Medida Provisória Nº 446, ele relata que o principal conflito existente para a manutenção do Certificado de Entidade Beneficente da Organização 1, seria em razão das ações judiciais movidas pelo Ministério da Previdência Social, cujo questionamento está voltado para a legitimidade ou não dos certificados emitidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Ressaltou que a sua organização, em reunião com o Ministro da Previdência, foi informada de que este não abriria mão do valor da isenção tributária, afirmando que o Decreto (DL 5895) beneficiaria o Ministério da Saúde, com a aplicação dos valores da isenção fiscal, mas deixaria para trás um déficit no Ministério da Previdência Social, relacionado ao não recolhimento de impostos e contribuições. Dentro desta colocação, lembrou que o Ministro da Previdência afirmara que seria preciso ressarcir esse Ministério de alguma maneira, e complementou; “é um jeito político de ele dizer que está trabalhando...”. Estas incertezas promovidas pelas ações judiciais principalmente do Ministério da Previdência, tem proporcionado estratégias emergentes, para adaptação da Organização a novas situações.

Ao ser questionado sobre como o Governo abordaria outras Instituições filantrópicas, manifestou espontaneamente sua preocupação com as 3.000 (três mil) Santas Casas brasileiras, por entender que elas recebem um tratamento injusto, e enfatizou: “... você trabalhar para o SUS em sessenta por cento de sua capacidade, é um sacrifício torná-los viáveis... nas Santas Casas elas gastam cem e recebem 80 pelo atendimento...” .Sugeriu que uma das possíveis saídas para esta situação seria obter um tratamento diferenciado, especialmente nas cidades pequenas, aonde o atendimento de SUS chega a perfazer cifras da ordem de 95% do faturamento, diferente das cidades maiores onde ficam mais próximas dos 60%, além de disporem de serviços prestados pela medicina suplementar. Mencionou que, em sua opinião, para o primeiro grupo, das cidades pequenas, as Santas Casas deveriam ter uma cobertura total das despesas ressarcidas pelo governo.No segundo grupo, das cidades grandes, em que as cifras de atendimento ao SUS são menores que os 60%, fosse permitido que as mesmas se viabilizassem atendendo a convênios médicos.

## **5.2 - Estudo de caso Organização 2**

### **Histórico Organizacional**

As atividades desta Instituição foram iniciadas pela primeira geração de um grupo de Senhoras imigrantes, que fundaram a Sociedade Beneficente de Senhoras da Organização 2. Adquiriram, em 1920, um terreno próximo à Avenida Paulista, local onde iniciaram as obras do Hospital em 1931, concluídas em 1940. Entre o período compreendido entre 1943 e 1959, o prédio foi ocupado pela Escola Preparatória de Cadetes, sendo neste último ano reintegrado a esta sociedade. Em 1965, sob direção clínica de um médico cirurgião que trouxe consigo uma equipe da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, finalmente é inaugurado o Hospital.

### **Perfil Organizacional**

A organização 2 conta com um total de 270 leitos ativos, com 14.111 internações anuais e 6823 pacientes/dia, realizando 14.284 cirurgias/ano, ocupando uma área física construída de 90.000 m<sup>2</sup> e Receita Líquida anual de R\$379.172.000,00, segundo demonstrativo de resultado resumido em balanço social referente ao ano de 2007.

### **Missão, Visão e Valores Organizacionais**

Missão: "Instituição filantrópica Brasileira que desenvolve ações integradas de assistência social, saúde, ensino e pesquisa."

Visão: "Ser reconhecida internacionalmente pela excelência, liderança e pioneirismo em assistência à saúde e na geração de conhecimento, com responsabilidade social, ambiental e auto-sustentabilidade, atraindo e retendo talentos médicos e colaboradores."

Valores: "Humanismo, Calor Humano, Ética e Justiça, Respeito à individualidade, Respeito à vida e ao meio ambiente, Pioneirismo e busca contínua das fronteiras do conhecimento, transparência nas relações com clientes, parceiros, colaboradores e sociedade."

O Superintendente Corporativo enfatizou que "...como Missão, resumidamente, a Sociedade se propõe a ser uma Instituição Brasileira, isso é uma questão importante, porque embora ela tenha nascido de um movimento que vem de uma colônia, de um conjunto pessoas oriundas da Síria e do Líbano, ela hoje se posiciona como uma Instituição Brasileira, então ela não faz distinção de



atendimento...é uma Instituição Brasileira voltada para assistência e pesquisa num ambiente filantrópico.”

### **Governança Corporativa**

Trata-se de uma Sociedade Beneficente, sendo uma associação civil de duração ilimitada, cujos Órgãos Diretivos são compostos pela Assembléia Geral, Conselho Deliberativo, Diretoria, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Comitê Executivo e 13 Comissões Técnicas de Trabalho. O Comitê Executivo é composto por Diretores, Superintendentes e uma Gerência. As 13 Comissões agrupam uma equipe multidisciplinar de médicos e enfermeiros, entre outros profissionais das diferentes áreas da Instituição, e seu trabalho é estritamente técnico.

Há ainda um Diretor de Filantropia, subordinado diretamente ao Superintendente Corporativo. Desde 2008, ambos os cargos são ocupados pela mesma pessoa.

### **Filantropia – Responsabilidade Social**

Executivo Responsável/Cargo: Superintendente Corporativo, que ocupa concomitantemente o cargo de Diretor de Filantropia.

Formação: Médico

Atributos para ocupar o cargo: O Superintendente Corporativo / Diretor de Filantropia relatou que, para ocupar estes cargos, sua principal característica poderia ser considerada a ampla experiência em cargos executivos junto ao Governo Municipal e Federal em gestões anteriores às atuais.

### **Conceito de Filantropia – Responsabilidade Social**

O Superintendente Corporativo / Diretor de Filantropia, descreveu a filantropia dizendo: “... a Filantropia para a organização é um valor desde o nascimento, porque a Instituição foi criada para realizar esses atendimentos às pessoas que não tinham condições de obter esse tipo de atendimento, então foi pensada na proposta de criar um Hospital, a idéia era que este Hospital através dos seus próprios recursos, atendesse as pessoas naquele momento na colônia que não tinham condições de serem atendidos. O Hospital não nasceu para ser Hospital, o Hospital nasceu para fazer filantropia, então se não existir filantropia, não existe Hospital.” Acrescentou ainda que: “Por outro lado é obvio que se o Hospital não se equilibrar, ele também não faz filantropia. Então é uma equação que tem uma dialética contínua na sua

construção, e a Visão que o Hospital tem, é de continuo aprimoramento das três áreas de atuação, estando sempre na fronteira, fronteira tecnológica, fronteira científica, fronteira humanística, nas suas áreas de atuação, mas imersos pela filantropia, quer dizer, no cenário da filantropia”.

Mencionou a filantropia como sendo uma medida estratégica importante, lembrando o conceito de Responsabilidade Social, enfatizando: “... hoje está mudando o discurso da filantropia, para o discurso da responsabilidade social, olhando para as questões da sustentabilidade ambiental, para as questões da redução da exclusão social e para o crescimento humano dos colaboradores, então hoje a filantropia vem sendo substituída por este discurso. É óbvio que, isto não tem valor para renovação do certificado. A renovação do certificado leva em conta o campo estrito da assistência hospitalar”.

### **Planejamento da Estratégia Filantrópica**

Quem planeja: o planejamento estratégico das ações a serem tomadas está a cargo do Superintendente Corporativo, que solicita projetos para as diferentes áreas envolvidas, supervisionadas pelo Diretor de Filantropia, que no período da realização da entrevista, eram a mesma pessoa.

### **Evolução das Estratégias Adotadas**

A Organização 2 vem se utilizando da regra dos 20% para manter seu certificado de Filantropia desde 1994. Como não havia um sistema de encaminhamento público que determinasse regras para esta ação, os atendimentos eram feitos por escolha direta dos médicos que trabalhavam na Instituição e que traziam pacientes dos seus consultórios ou ainda aqueles oriundos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

O Superintendente Corporativo / Diretor de Filantropia informou que, entre 2004/2005, para empregar este recurso, a organização passou a manter convênio com a Prefeitura do Município de São Paulo, por meio do qual o Gestor do SUS declara que não tem recursos para contratar os serviços pela rede pública da Secretaria de Saúde. Com isso, o Hospital passa a realizar uma série de atividades para o Sistema Municipal de Saúde, utilizando o Sistema de Regulação da

Prefeitura. Isto baseava-se na resolução nº177/2000, que complementou o Decreto Nº 2536/98.

A percepção do entrevistado é de que :” ... houve uma transição interessante porque aquela tradição de atender o pobre que vai ao médico, ela acabou de uma forma mais ou menos abrupta, por volta de dois mil e quatro, dois mil e cinco, isso causou durante um ano, um ano e pouco, um mal estar, alguns dizendo: *'quando vocês me pedem eu atendo, quando eu peço vocês não atendem'*, isso causou um mal estar, mas hoje esta absorvido, estão satisfeitos que seja do jeito que é, ou seja, só entra para a gratuidade nos projetos que estão no momento através do sistema regulatório da Prefeitura, e então, há uma muito razoável aceitação do fato”.

Com relação aos valores financeiros atribuídos aos 20% de gratuidade, mencionou a forma pela qual eram computados, ressaltando: “ ...valor financeiro, baseado em preço, não em custo, que eu acho que não é incoerente. Tem uma discussão dizendo que tem que usar o preço do INPS, ou hoje o preço do SUS, para fazer os vinte por cento. É incoerente fazer isso assim. Se eu tenho um número de pacientes que eu atendo aqui, e dele eu cobro 'x', como é que eu posso atender outro de quem eu vou cobrar qualquer outro 'x' se não este? Eu acho que é incoerente. De qualquer forma sempre houve esta discussão de qual é a tabela: é a tabela do Hospital, ou é a tabela do INPS/SUS? Sendo que sempre o SUS, antes INPS, tinha esta discussão de usar o valor do INPS”. Enfatizou ainda que: “... as atividades exercidas junto à Prefeitura Municipal de São Paulo estão descritas no balanço Social... são cirurgias cardíacas congênitas, tratamento de câncer de mama, transplantes hepáticos em crianças”. Além disso, lembrou que são fornecidos equipamentos e mão de obra qualificada para realizar exames em algumas unidades de saúde próprias da Prefeitura Municipal de São Paulo ou dentro do Hospital, como um sistema de quotas para o SUS, e exemplificou “... 10 tomografias, quatro ressonâncias por dia...”.

Complementando as informações acerca das parcerias público-privadas, relacionadas à Organização 2 e à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, ressaltou: “...nós assumimos a Gestão como Organização Social, nós criamos uma outra personalidade jurídica, por questões de segurança do ponto de vista da transparência com a relação do Poder Público e para dar visibilidade a isto e não

misturar os caixas, criamos outra personalidade jurídica, que é o Instituto de Responsabilidade da Organização 2". Acrescenta que: "Este Instituto assumiu a administração de um Hospital Pediátrico da Prefeitura Municipal de São Paulo, de duas AMAs e de um Ambulatório de Especialidade. Pretendemos continuar, é uma boa maneira do Hospital se realizar, e realizar sua área de Responsabilidade Social." No que se refere à discussão sobre o valor efetivo que essa parceria teria sobre a Filantropia, levantou uma questão de benefício intangível, não mensurável, argumentando: "... a questão da filantropia tem sempre um viés econômico. A proposta destas intervenções não tem viés econômico. Na verdade o Hospital não está colocando diretamente recursos financeiros na gestão do hospital municipal, das AMAs e do Ambulatório, o financiamento disto é cem por cento pago pelo Município, então o que o Hospital está entregando é sua capacidade de gestão." O entrevistado complementou conceituando: "... então esta capacidade de gestão tem custo e valor, mas não estamos valorando este custo, certamente estamos nos beneficiando do que esta relação com a municipalidade agrega ao valor da Instituição como um todo. Então, não existe um ganho financeiro, e não existe um aporte direto".

Salientou que, inicialmente em 2007: "... circunstancialmente nós vínhamos realizando um conjunto de reformas, as quais nós continuamos realizando, as quais faziam parte da filantropia (valores eram lançados dentro da gratuidade). Nós reformamos o Pronto Socorro, a Nutrição, o andar Administrativo e estamos terminando a obra do Centro Cirúrgico, com recursos do Hospital Pediátrico municipal. Também fizemos outras intervenções, ...restauramos, que é muito mais complexo, uma que o teto havia desabado, uma Unidade que foi condenada, mas era um prédio tombado, e nós fizemos o restauro do prédio".

Além das atividades descritas, o Superintendente Corporativo / Diretor de Filantropia deixou claro que a Organização 2 também exerce outras atividades de âmbito social, como atendimentos realizados em um ambulatório de Pediatria Social, com atividades desde 1998, que para gerar sustentabilidade, garante que as famílias das crianças que são atendidas neste local recebam suporte financeiro e social para garantir os tratamentos propostos ou a manutenção do seu estado nutricional. Reforçou estas informações dizendo: "... nós trabalhamos transparentemente para

conseguir que a situação dos Hospitais Filantrópicos de Excelência fosse entendida de uma maneira diferente... o Decreto 5895 de 2006, eu vivi desde o primeiro suspiro até a promulgação... ele foi fruto de uma ação coordenada entre os seis hospitais que se reuniam, discutiam, propunham, com alguma participação da Confederação das Misericórdias,... procuramos sempre uma maneira de não contrariar os interesses de outros hospitais filantrópicos...”. A Organização 2 passou a ter projetos aprovados pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde e ainda há projetos de base nacional, já que o decreto prevê apenas 30 % de investimentos em área assistencial, sendo que os 70% restantes devem ser utilizados em áreas de apoio, gestão, ensino e pesquisa.

A atuação dos Hospitais de Excelência foi conjunta no desenvolvimento dos projetos com o Ministério da Saúde, para a elaboração do Decreto de Lei 5895 e agora da Medida Provisória 446. Este comentário foi diferente do apresentado pela Organização 1, que afirmara ter sido ela a responsável pela aproximação das organizações com o Governo e Ministério da Saúde. Enfatizando este dado, o entrevistado ressaltou: “... a ação foi conjunta...na medida do possível a ação foi conjunta. É obvio que você tem em algum desses Hospitais algumas pessoas que têm maior ou menor influência momentânea com relação a este ou aquele político, e aí sempre vai existir algum tipo de pressão individual, mas nós procuramos trabalhar com esses interesses conjuntamente”.

Salientou que a elaboração do Decreto 5895, não teve participação da ANAHP, já que esta entidade agrega hospitais privados com outros interesses, reafirmando que foi “...fruto de uma ação coordenada entre os seis Hospitais que se reuniam, discutiam, propunham, levavam, rediscutiam, com alguma participação da Confederação das Misericórdias, através da pessoa do Brito, quer dizer, nós procuramos na maneira de sempre, não contrariar os interesses dos outros Hospitais filantrópicos. Nós queríamos criar uma regra para nós, mas que esta regra não implicasse em prejudicar, de maneira alguma o restante das entidades filantrópicas, então, em diversos momentos nós fizemos questão de mostrar e ouvir o que o Brito tinha a falar por causa desta disposição de não querer criar problemas para as demais entidades filantrópicas”.

Lembrou que a Organização 2, baseada em sua estrutura organizacional e recursos, por meio das Diretorias do Instituto de Ensino e Pesquisa e de Filantropia, apresentou projetos ao Ministério da Saúde, e ressaltou: “a maneira que os responsáveis pelas diversas áreas estão continuamente procurando desenhar projetos; há demandas que vieram do próprio Ministério, o Curso de Gestão de Clínicas, o Curso de Medicina Baseada em Evidências, o Curso para Rede Sentinela, são demandas que vieram do Ministério, e aí, através de oficinas de trabalho, a gente formatou o projeto que hoje está em andamento. Alguns projetos de pesquisa nasceram aqui, na própria Instituição, são fruto do nosso desejo de fazer esse tipo de coisa, e aí isso foi sendo construído nós estamos aplicando o que era a renúncia, nossa renúncia este ano está em torno de R\$50.000.000,00 (cinquenta milhões de reais), e é isto que nós vamos aplicar.” A Organização 2, passa a adotar como uma estratégia emergente, a sua estrutura de ensino e pesquisa na elaboração de projetos com seus recursos próprios, que devem ser provenientes dos valores da isenção fiscal a que terão direito pela concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

“Temos um bom sistema de acompanhamento de custos, resistente à auditoria externa, já um sistema auditado há três anos, e é desta forma que nós vamos fazer a prestação semestral de contas, o projeto foi aprovado, tem recurso...”, informou sobre o controle e apuração dos valores a serem aplicados nos projetos.

Destacou que entre todos os projetos apresentados, o Ministério da Saúde propôs uma participação conjunta de todos os Hospitais de Excelência para que gerissem Hospitais próprios do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Lembrou que esta proposta foi apresentada no mês de outubro de 2008, e complementou :”...o grande problema nesta situação é que nem o Ministro e nem os Hospitais sabem o que querem...nós não temos capacidade financeira de assumir os Hospitais..., mas podemos ajudar a gerir...”.

No ambiente interno, junto aos seus colaboradores, a Organização 2 tem demonstrado incerteza sobre a forma de atuar para manter o certificado de filantropia. O Superintendente Corporativo / Diretor de Filantropia enfatizou “... a única condição melhor de discutir dentro das instâncias do Governo sobre o Hospital

e sobre esse conjunto de propostas, é a inexorabilidade. É inexorável que nos envolvamos com o Governo, senão não tem certificado. Então é assim um mal menor...”.

O entrevistado lembrou que a elaboração dos projetos da Organização 2 para o cumprimento da legislação deveriam ser acordados com o Ministério da Saúde, observando que houve um “...estremecimento, com a Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, mas tentamos com que um mínimo de ovos fossem quebrados...é uma equação em construção... o Gestor do SUS está dentro deste negócio, mas o controle social...vem sendo feito no Brasil de uma forma muito corporativista...o grande dialogo é com a esfera Federal...” . Para o SUS, que esta organizado de forma descentralizada, cabendo ao gestor da Secretaria de Saúde Municipal a elaboração e implementação das políticas de atenção à saúde, este novo modelo, traz uma nova perspectiva de centralização de decisões no Ministério da Saúde.

Demonstrou que a partir de toda a discussão legal, a imagem da Organização 2 junto à opinião pública passou a ser a de uma entidade privada, e declarou: “...uma coisa que é engraçada com a Sociedade é que eles falam ‘este é um Hospital sem finalidades lucrativas, ah, como se lá só se ganha dinheiro...’, então, este é um negócio interessante, nós não somos mal vistos, mas nós somos vistos como entidades lucrativas, acho que pela ignorância da complexidade da classificação, nenhum desses Hospitais são vistos como Hospitais sem finalidade lucrativa, para dizer o mínimo, como Hospitais que praticam a filantropia apesar das demonstrações, menos ainda. Acho que também ai é uma confusão, porque de um tempo pra cá, todos nós começamos a estar na mídia para divulgar o nome, então na Veja, na Folha de São Paulo, nas rádios ai, na CBN pela manhã você ouve ‘*agora o Hospital ....*’, esse tipo de presença na mídia, estimula também, a meu ver, as pessoas dizerem que estamos buscando pacientes, estamos buscando gente que pague ou é convênio. Então esta é uma coisa interessante”.

A Organização 2 tem participado também da discussão do projeto de Lei 3021, que não aborda diretamente a proposta do Decreto 5895, mas poderá modificar as relações entre os hospitais filantrópicos e a emissão de Certificados pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Apresentou seu parecer sobre o projeto, dizendo: “...

tem grandes chances de virar um Frankenstein e não ser aprovado, porque está muito solto dentro do Legislativo, e está todo mundo colocando seus sonhos lá. Eu acho que este projeto terá dificuldade. Se ele fosse aprovado, ele também não significaria algo próximo do que podemos chamar de solução”.

Acrescentou que: “A solução para a questão dos certificados, na Educação, Assistência Social e Saúde, teria que vir de uma emenda da Constituição, para acabar com esta discussão de imunidade *versus* isenção e criar um espaço de segurança jurídica necessário, para poder discutir, porque hoje parte do Governo é contra a isenção, então você pega os fiscais da Previdência, eles agem como se ela não existisse, o que cria muita insegurança. Outros acham que deve existir, então vamos discutir, tem ou não tem? Definir: acabou isenção, acabou imunidade, quem quiser fazer filantropia que tire da própria carne para fazer filantropia, é uma alternativa, agora o ruim é ficar neste espaço não espaço, isso é muito ruim, e para sair disso, eu não vejo alternativa que não fazer a reforma da Constituição, para depois você criar um arcabouço jurídico adequado. Acho que é difícil acontecer isso, então, este projeto que está em andamento ela vai criar um fresco aqui, ali, mas os problemas continuarão mais ou menos do mesmo tamanho”.

### **5.3 - Estudo de caso Organização 3**

#### **Histórico Organizacional**

O Hospital da Organização 3 foi inaugurado em 1894, com o ideal de criação de um local para receber pessoas de todas as crenças, raças e nacionalidades, sem distinções. Partiu de uma situação constrangedora vivida por um imigrante chinês, protestante, que ao desembarcar no Brasil no fim do século XIX, com febre tifóide, se viu obrigado a ser doutrinado e converter-se ao catolicismo para ser atendido na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo. Ao morrer deixou todos os seus bens à Igreja Presbiteriana, para que seu sonho virasse realidade. Um grupo de imigrantes britânicos, norte-americanos e alemães, apoiados por tradicionais famílias paulistanas fundaram em 1890 a Sociedade Hospital Evangélico, que mais tarde daria origem ao Hospital da Organização 3.



### **Perfil Organizacional**

A organização 3 conta com um total de 200 leitos ativos, 13.200 internações anuais, 10.000 cirurgias/ano, ocupando uma área física de 30.000 m<sup>2</sup> e Receita Líquida anual estimada de R\$220.000.000,00.

### **Missão, Visão e Valores Organizacionais**

Missão: “É a excelência na assistência à saúde, com atendimento humanizado e compromisso social”.

Visão: “É ser reconhecido pela sociedade como o hospital que supera as expectativas dos clientes”.

Valores: “Ética, Humanização, Excelência, Confiabilidade, Capacitação, Compromisso Social”.

Segundo o Superintendente de Planejamento: “...o Hospital passou por um processo de Planejamento Estratégico em 2.000... precisou se reposicionar... com revisão deste planejamento a cada dois anos desde então; e tem uma Missão de atender um amplo espectro de pacientes, desde a infância até a idade mais avançada, dentro de um modelo de suporte tecnológico adequado, e com o principal traço que é a humanização. O objetivo é ser humano, do Hospital, isto está dentro da Missão do Hospital...”, e complementou dizendo: “A proposta é que o Hospital se transforme, nos próximos cinco anos, num dos cinco principais Hospitais do país”.

### **Governança Corporativa**

Trata-se de uma Instituição sem fins lucrativos, sendo uma associação civil de duração ilimitada, cujos Órgãos Diretivos são assim compostos: Assembléia Geral, Diretoria Executiva, Superintendente Corporativo, Superintendente Geral de Operações, Superintendente de Controladoria e Finanças, Superintendente de Recursos Humanos e Superintendente de Planejamento.

### **Filantropia – Responsabilidade Social**

**Executivo Responsável/Cargo:** Superintendente de Planejamento do Centro de Responsabilidade Social e do Instituto de Ensino e Pesquisa.

**Formação:** Médico

Atributos para ocupar o cargo: O Superintendente de Planejamento credita sua escolha para a função ao fato de ter experiência anterior, conhecendo outras instituições filantrópicas e pelo fato de ter participado como representante junto ao Conselho Nacional de Assistência Social por outra instituição, além de ter sido um dos membros do conselho por determinado período. Segundo o entrevistado, o representante deste cargo está diretamente envolvido com quatro grandes processos na organização, citando: “primeiro, definição da ocupação da área física do complexo hospitalar; segundo, a questão que envolve a incorporação de tecnologias, sejam elas médicas, sejam elas de sistema de informação; terceiro, a revisão do processo assistencial, dentro de uma perspectiva de assistência médica, de enfermagem, e dos serviços de apoio; e por último a questão que envolve projetos de responsabilidade social.”

### **Conceito de Filantropia – Responsabilidade Social**

A filantropia nasce junto com a criação do Hospital da Organização 3, baseada no Ecumenismo Assistencial, sem distinção religiosa, somado ao compromisso social, apoiando e desenvolvendo programas voltados à Filantropia e a cuidados ao meio ambiente.

### **Planejamento da Estratégia Filantrópica**

#### **Quem planeja**

O planejamento das estratégias a serem adotadas parte do Superintendente Corporativo, que envolve a estrutura organizacional por meio da Superintendência de Planejamento, representantes das áreas assistenciais, de ensino e pesquisas, desenvolvendo projetos que serão apresentados como parceria público-privada entre a Organização 3, o Ministério da Saúde e o gestor local do SUS no Município de São Paulo.

O Superintendente de Planejamento mencionou que pela participação direta do Superintendente Corporativo em Conselhos de outras organizações sociais que gerem unidades assistenciais de saúde das Secretarias de Saúde do Estado e Município de São Paulo, é possível identificar as necessidades destas secretarias e assim, propor ações conjuntas. As propostas elaboradas pela Organização 3, portanto, estarão

embasadas na percepção da Secretaria e do gestor local do SUS, respeitando e considerando a viabilidade dos mesmos segundo a estrutura disponível.

### **Evolução das Estratégias Adotadas**

A Organização 3 esteve sem o Certificado de Entidade Beneficente emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social entre os anos de 2000 e 2006. Neste período, a Organização atuou dentro de um modelo de elaboração de projetos em parceria com o gestor local do SUS no Município de São Paulo, ação que foi utilizada para justificar o Certificado atual, válido desde 2006 até 2009. Segundo o Executivo entrevistado, o Conselho Nacional de Assistência Social acatou a defesa da tese de parcerias estabelecidas com o gestor local do SUS, dentro do conceito de gratuidade. Além deste modelo de parceria junto à Prefeitura Municipal de São Paulo, a Organização 3 oferece assistência direta de alta complexidade para uma população referenciada pela Secretaria Municipal de São Paulo. Estas ações culminaram com a inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social (COMAS) de São Paulo, no ano de 2006, sendo esta a estratégia adotada para que justificasse o seu reconhecimento em âmbito nacional como entidade Filantrópica. Aproximar-se do SUS, através das parcerias público-privadas e contemplar modificações previstas no Decreto 5895, foi uma das estratégias emergentes da Organização para obter o Certificado de Entidade Beneficente de Filantropia.

O mesmo observou que o modelo de atuação da Organização 3 aplicado à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, foi a base para o modelo utilizado no relacionamento com o Ministério da Saúde e elaboração das propostas para o Decreto 5895, ressaltando: “Na verdade a gente passou a atuar dentro de um modelo de criação de projetos...então, nós temos projetos, e vamos pactuar projetos com o Ministério agora, seguindo este mesmo modelo, até pela constituição dos modelos da portaria e prestação de contas...os projetos com a Secretaria Municipal de Saúde, estão em curso”.

Entre os projetos que a Organização 3 firmou junto à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, enfatizou: “os projetos que nós tivemos nesses últimos dois anos: primeiro, projeto de diagnóstico e elaboração do Plano Diretor de três Hospitais Municipais . Depois, um outro projeto...cada um desses Hospitais teve um

projeto específico para reformas e infra-estrutura, dois deles já concluíram, e o terceiro que está em curso, por conta do porte do Hospital. Terceiro movimento, projetos para dois Hospitais, para levar os Hospitais à acreditação, pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), então um deles foi acreditado faz dois meses e o segundo deve ser acreditado até o final do ano, com participação direta da Organização 3 e com financiamento do processo de acreditação. Outro programa que envolve o gestor local do SUS é o programa '*Mãe Paulistana*', que é um programa de regulação da assistência materno infantil, que é totalmente custeado pelo Organização 3. Outro projeto que envolve a Prefeitura de São Paulo, é a implantação de um centro de Medicina Esportiva para idosos na região norte da cidade. E mais um projeto que era interno da organização, que era o projeto AMA do Hospital, que é anterior às AMAs da Prefeitura, mas que é um projeto de atendimento multidisciplinar, para uma população referenciada pelas Pastorais...é um atendimento familiar”.

Os projetos desenvolvidos para atender o Decreto Nº 5895 também envolvem a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Entre as propostas destacou três: o apoio a dez Santas Casas do interior do Estado, com suporte à gestão e avaliação para implantação de um sistema de acreditação (ONA); maternidades indicadas pela Secretaria de Estado, que seguirão o mesmo modelo de participação em gestão e acreditação; e o terceiro, que se trata de algo pioneiro na implantação de um centro de atenção aos adolescentes com dependência química, explicando: “É um tratamento de imersão do adolescente, por trinta dias, com o adolescente internado, uma forte ênfase no processo de reeducação, de reinserção do adolescente no grupo familiar, comunidade, ambiente de trabalho e na comunidade, de uma forma geral”.

Além das propostas já existentes com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo, com o Decreto Nº 5895 e agora a Medida Provisória Nº 446, destacou: “Nos projetos que estamos pactuando com o Ministério da Saúde, daqui pra frente, temos viés de controle e de avaliação. Mas a gente estava ensaiando com os projetos junto à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo; então, foi uma coisa que aprendemos. Aliás uma das críticas ao modelo é exatamente porque alguns dos Gestores estavam encarando os Hospitais como uma conta de cheque

especial deles, então mudava muito... 'preciso comprar um gerador', mas isso não estava no projeto, 'mas tira dali, põe pra lá', ...Então complicava a administração da execução dos convênios... a gente mudou um pouco isso, não colocando valores por projeto, e agora é meta de execução”.

Lembrou que, quando da divulgação da Medida Provisória Nº 446, a visão do gestor local do SUS no Município de São Paulo, demonstrou-se equivocada e enfatizou: “É uma questão de ‘por que o povo tem que levar meu bolo?’, mas esse bolo não era dele. Este é um conflito que ele acabou criando. Na opinião dele, todo o recurso tinha que ser gasto em São Paulo, pois entre todos os 6 Hospitais de Excelência temos 5 de São Paulo, só que a renúncia é federal, então ele está errado na proposição dele, aliás ele não deveria reclamar tanto, porque mais da metade dos recursos fica na cidade de São Paulo. Mas estes Hospitais de São Paulo estão envolvidos com projetos de interesse da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo”.

No discurso percebido pelo entrevistado, o gestor local do SUS do Município de São Paulo, demonstrou-se insatisfeito pela maneira como foram elaborados os projetos e discussões do Decreto Nº 5895, suscitando a idéia de que ficou marginalizado do processo de elaboração dos projetos que seriam desenvolvidos no Município de São Paulo, limitado a atuar quando da discussão específica de ações que envolvessem a sua secretaria.

Ainda com relação aos projetos desenvolvidos para o cumprimento do Decreto Nº 5895, o entrevistado mencionou que, segundo sua percepção, a Organização 3 é a primeira a utilizá-los de maneira efetiva, obtendo o Certificado de Entidade Beneficente junto ao Conselho Nacional de Assistência Social. Lembrou também que aqueles de parceria público-privada, foram validados como uma forma de atendimento de gratuidade, junto ao gestor local do SUS. Portanto, considera que é a estrutura organizacional mais preparada para se adequar ao modelo proposto.

Nas discussões para a elaboração dos projetos referentes ao Decreto, o entrevistado mencionou ter observado alguns conflitos entre o Ministério de Saúde e os Hospitais de Excelência. Em sua opinião, isso é decorrente do entendimento, por

parte do Ministério da Saúde, de que é o *arbitro* e, portanto, define o uso dos recursos. “Mas os recursos são provenientes dos Hospitais e estes têm o direito de colocá-los ou não”, lembrou, salientando ainda que os recursos oferecidos pelos Hospitais são muito mal analisados por técnicos do Ministério da Saúde, que podem não entender o contexto de seu uso, pois o analisam com visão direcionada ao que é ou não procedimento realizado pelo SUS, esquecendo a possibilidade de progressão que a tecnologia pode oferecer e que estes Hospitais de Excelência estão habituados a rapidamente absorver.

Durante a entrevista fica marcante a percepção de que o Superintendente de Planejamento considera a Organização 3 como sendo uma instituição preparada principalmente para atuar em gestão e capacitação para acreditação, tornando estes dois pontos o centro das propostas encaminhados ao Ministério da Saúde.

Após os acordos terem sido firmados entre a Organização 3 e o Ministério da Saúde, ressaltou que foi solicitada a participação dos Hospitais de Excelência na gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Declarou: “ eu não vejo grandes conflitos a gente se adaptar à necessidade do Ministério, a única questão (...) é que esses Hospitais de Excelência, eles têm vocações e domínio sobre determinados conhecimentos específicos, então é neste sentido que a gente julga que o arbítrio de uma determina solução tenha que passar pelo Hospital, tem que partir do Hospital, eu sei fazer qualidade, então eu vou atuar em qualidade, a Organização 2 sabe fazer educação, ele vai atuar em educação, a Organização 1 tem outras competências para atuar em pesquisa, essas coisas têm que ser respeitadas, eu acho, não é assim ‘você tem quinze milhões para gastar, eu quero que você gaste nisso aqui’”. Neste contexto, percebe-se que a solicitação de administrar os Hospitais Federais feita pelo Ministério, criou uma nova demanda até então não prevista pelas organizações (Hospitais de Excelência), e que, no período que ocorreram as entrevistas, ainda estavam em processo de análise para definirem como iriam planejar suas ações posteriormente, à publicação dos projetos pelo próprio Ministério da Saúde. Foi criado então, um grupo gestor destes Hospitais Federais, composto pelos 6 Hospitais de Excelência, que deveriam conjuntamente analisar e planejar as ações estratégicas para levar estes hospitais Federais à categoria de atendimento de excelência em qualidade.

Mencionou que a percepção ou participação das tratativas referentes à Filantropia não é uniforme dentro da estrutura organizacional desta Instituição (Organização 3), afirmando: “...se você olhar para o corpo organizacional como um todo, ele tem uma baixa percepção do que seja Filantropia.”

Na Organização 3, observa-se que a evolução estratégica junto ao Ministério da Saúde e demais gestores das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, é percebida e tratada pela sua alta direção. Os demais membros do corpo clínico e assistencial ficam voltados para as atividades hospitalares assistenciais, participando somente quando solicitados a elaborar planos específicos. Porém o entrevistado complementou dizendo: “você tem núcleo de colaboradores que estão mais diretamente envolvidos com esses processos todos, que têm um razoável grau de consciência do que ele significa, e do impacto que isso pode trazer para a comunidade. Então a gente está estruturando esta área em cima destes colaboradores... nós vamos ter uma Coordenadoria de Responsabilidade Social, um Instituto de Ensino e Pesquisa, que na verdade é a transformação do atual Centro de Estudos num Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP)”.

Comentou que o IEP será instrumentalizado a fim de gerar conteúdo que ficará disponível por ferramentas eletrônicas de comunicação para os Hospitais envolvidos nesse projeto, ,enfatizando que trata-se de uma proposta de Educação a Distância, gerenciada pela Organização 3.

Ele lembra que a Organização 3 já atua como se estivesse separando todo o valor relativo à isenção fiscal e aplicando-o dentro da área de Responsabilidade Social, que libera a verba para todos os projetos. Salientou ainda que, frente à necessidade de cumprimento do controle fiscal, a partir de 2008 a Instituição passou a publicar seu Balanço Social.

Comentou que a Medida Provisória Nº 446 chegara para resolver um problema de contingência, lembrando que a legislação para as instituições filantrópicas havia sido tão modificada que deixou de contemplar algumas situações e com isso abriu margem para surgirem fraudes no sistema de concessão dos Certificados de Entidades Benéficas pelo Conselho Nacional de Assistência Social., Mencionou

ainda: “ela cria uma solução jurídica, então ela tem um viés extremamente positivo e extingue na prática o cartório do Conselho Nacional de Assistência Social”. Afirmou que mesmo assim, por oferecer uma anistia generalizada, vem sendo amplamente criticada. E que esta mistura de temas na Medida Provisória coloca em risco a aprovação deste novo formato, do reconhecimento dos Hospitais de Excelência. A estratégia adotada pela Organização 3, de elaboração de projetos em parceria com os Gestores do SUS através das Secretarias de Saúde do Estado e Município de São Paulo, ficam ameaçadas, se a Medida Provisória Nº 446 não for aprovada.

Salientou que o conceito de Responsabilidade Social envolve não apenas a Filantropia, mas outras ações desenvolvidas pela organização, cujos custos não são incluídos dentro da gratuidade. Referiu que a Responsabilidade Social é fortemente relacionada ao conceito de sustentabilidade social e ambiental, razão pela qual a Organização 3 desenvolve propostas junto a colégios vizinhos, assistência gratuita a comunidades carentes da região, além de preocupar-se, nos novos projetos arquitetônicos, em desenvolver os chamados “edifícios verdes”. Este discurso da Organização 3, associa os temas Filantropia, Responsabilidade Social e sustentabilidade ambiental. Trata-se de uma estratégia emergente, que busca a aplicação de recursos da organização para a formação de uma nova imagem.

Quanto à atuação conjunta dos Hospitais de Excelência, junto à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), o entrevistado esclareceu: “O movimento é o mesmo, mas são objetos diferentes. A ANAHP...eu assisti a criação da ANAHP, eu estava em um outro Hospital, cujo primeiro Presidente da ANAHP era o Presidente do Hospital, então a organização da ANAHP veio em função de uma necessidade de criar uma política comum dos Hospitais privados, face às dificuldades de cenário de mercado. Os Hospitais estratégicos...não existe mais o termo ‘Hospitais Estratégicos’, são Hospitais de Excelência pelo decreto...eles se organizaram face a uma pressão da estrutura fiscal do país, em relação às suas obrigações sociais, então, são movimentos parecidos, mas com objetos diferentes”.

Declarou que o fato do seu Superintendente Corporativo ter sido o Presidente da ANAHP durante o período de discussões e elaboração do Decreto Nº 5895, facilitou a abertura de algumas portas junto ao Ministério da Saúde e Previdência, no que se



refere à discussão das demandas legais. Mesmo assim, não devem ser encaradas como uma ação da Associação, já que esta representa outros interesses, que não necessariamente se referem à filantropia.

#### **5.4 - Estudo de caso Organização 4**

##### **Histórico Organizacional**

Em 1918, um grupo de Senhoras da Comunidade se associou a fim de amparar órfãos da Primeira Guerra Mundial. Construíram então um Hospital em Campos do Jordão, São Paulo, para tratar exclusivamente de casos de tuberculose, denominado Associação do Sanatório de Imigrantes. O Hospital de Campos do Jordão foi desativado em 1980. Neste ínterim (precisamente em 1957), as Senhoras haviam adquirido um terreno para construir um hospital especializado em cirurgia torácica, cujas obras foram concluídas em 1967. Em 1979 a Organização 4 já operava com 100% da sua capacidade.

##### **Perfil Organizacional**

A Organização 4, conta com um total de 216 leitos ativos, ocupando uma área física de 37.000 m<sup>2</sup> e Receita Líquida Anual de R\$ 200.000.000,00. Durante a entrevista o Superintendente de Relações Institucionais de Desenvolvimento e Filantropia não soube informar os números exatos de internações e pacientes/dia, dados estes que tampouco foram enviados posteriormente ao pesquisador, ainda que solicitados. Como este estudo estava centrado nas estratégias estas informações não foram relevantes para o desenrolar da pesquisa.

##### **Missão , Visão e Valores Organizacionais**

Missão: “É a de promover com excelência e ética a recuperação da saúde, atuando com pioneirismo em cardiologia, compartilhando recursos tecnológicos e conhecimentos com outras especialidades, associando ensino, pesquisa clínica, valorizando a participação multiprofissional e multidisciplinar na assistência humanizada, visando a prevenção e o bem estar com qualidade de vida.”

Visão: “É a de manter e ampliar o nível da instituição e o reconhecimento nacional e internacional, identificando, atraindo e retendo profissionais com potencial técnico, científico e social”.

Valores: “São a valorização da vida, Qualidade, Ética, Pioneirismo Tecnológico, Responsabilidade Social e Ambiental, Ensino e Pesquisa, Humanização, Valorização e Integração Profissional”.

### **Governança Corporativa**

A Organização 4 é composta por uma Sociedade Beneficente, sendo uma associação civil de duração ilimitada, cujos Órgãos Diretivos são assim compostos: Assembléia Geral e Conselho Deliberativo que é representado por Presidente, Vice Presidente, Diretoria da Associação, Diretoria Geral, Diretoria Administrativa e Diretoria Médica. Na estrutura do Hospital existem três Superintendências Executivas: Superintendências Corporativa, de Operações e de Relações Institucionais e Filantropia.

### **Filantropia – Responsabilidade Social**

**Executivo Responsável/ Cargo:** Superintendente de Relações Institucionais de Desenvolvimento e Filantropia, responsável também pela área Comercial e de *Marketing*.

Formação: Médico

Atributos para ocupar o cargo: O cargo de Superintendente de Relações Institucionais de Desenvolvimento e Filantropia, credita sua trajetória pessoal como o atributo principal para ocupar o cargo, uma vez que possui experiência por ter sido Secretário da Saúde no Município de Porto Alegre (RS) e ter atuado na direção de um Hospital Privado Filantrópico em Porto Alegre, que havia sido nomeado Estratégico em 2002, desenvolvendo projetos de parceria público-privada entre esse hospital e a Secretaria Municipal de Porto Alegre.

### **Conceito de Filantropia – Responsabilidade Social**

A Organização 4 é identificada como sendo filantrópica desde a sua criação, por ser uma Instituição que não visa lucros. “Não seríamos um hospital privado lucrativo”, enfatizou o Superintendente de Relações Institucionais de Desenvolvimento e

Filantropia, e complementou: “a mantenedora é um grupo de Senhoras e alguns Senhores, que mantêm a instituição, sem fins lucrativos, portanto é filantrópica desde sua fundação, sempre foi filantrópica, de utilidade pública Municipal, Estadual e tem certificado de Utilidade Pública Federal, e a política básica é esta, quer dizer, um Hospital que reinveste no seu atendimento, na melhoria da qualificação do seu atendimento”.

## **Planejamento da Estratégia Filantrópica**

### **Quem planeja**

Na Organização 4, a Superintendência de Relações Institucionais de Desenvolvimento e Filantropia tem autonomia para desenvolver as estratégias e projetos pertinentes, apresentando-os para aprovação pelo Conselho.

### **Evolução das Estratégias Adotadas**

De acordo com o Superintendente de Relações Institucionais de Desenvolvimento e Filantropia, antes do Decreto 5895 a tese defendida para a manutenção do Certificado de Entidade Beneficente era a da gratuidade dos 20% dos seus atendimentos, e lembrou: “O Hospital tem na sua história o seguinte: o Hospital começou atendendo SUS, em determinado momento ele optou por não mais atender SUS, por uma relação de necessidade comercial. Neste momento o Hospital fez uma opção muito clara pela gratuidade na filantropia, e seguindo as regras atuais, pelo atendimento de crianças. Então o Hospital tem feito a sua filantropia com o atendimento gratuito de crianças com cardiopatias, com cardiopatia congênitas e que necessitam de cirurgia, então, o Hospital atende hoje em torno de trezentos e cinquenta cirurgias/ano, de crianças que são encaminhadas das mais diversas formas, e dos mais vários lugares do país, então isto seria uma co-filantropia do Hospital, seu vínculo com o atendimento da Pediatria, e que faz dentro da própria estrutura, quer dizer, não é algo em separado... Fizemos toda uma enfermaria de atendimento para crianças, uma UTI Pediátrica que atende esses casos sociais”.

Mencionou ainda que, inicialmente, não havia nenhum tipo de controle de encaminhamento dos pacientes portadores de cardiopatias congênitas, podendo os mesmos ser encaminhados tanto por Secretarias de Saúde de diferentes Estados ou

Municípios, quanto por instituições públicas ou privadas. Salientou que não há relação de contratualização entre a Organização 4 e o gestor local do SUS, justificando: "O hospital não buscou estabelecer parcerias público-privadas anteriores ao Decreto 5895, nem com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, nem com a do Município de São Paulo, nem com o Ministério da Saúde,...tem algumas ações de Responsabilidade Social, mas o foco sempre foi a Filantropia e o atendimento de crianças diretamente encaminhadas, por quem quer que fosse".

Declarou ainda que o processo de elaboração do Decreto Nº 5895 teve a participação conjunta de todos os Hospitais denominados de Excelência, incluindo um Hospital de Joinville, que não participou do processo até o final porém esteve nas reuniões e discussões, e do Ministério da Saúde. Com relação ao Decreto que criou os Hospitais Estratégicos, lembrou que no final do Governo Fernando Henrique Cardoso, assim que o Decreto foi revogado, em 2003, estes Hospitais entenderam que seria difícil atender a legislação vigente e enfatizou: "...ficamos sem legislação, e o próprio Governo tinha necessidade de dar uma outra legislação, um outro decreto, porque até então era por decreto, embora tenha sido uma Medida Provisória, mas até então era por decreto, mas nós estávamos sem nenhum amparo do ponto de vista da legislação, e fomos buscar esta discussão ..." . O Decreto referido que nomeava os Hospitais Estratégicos era o Decreto Nº 4481/2002, revogado pelo Decreto Nº 4588/2003.

A criação do grupo de Hospitais que passaram a discutir o Decreto 5895, ocorreu, segundo o entrevistado, da seguinte maneira: "...Nós começamos como Hospitais isolados, o próprio Ministério tratou de reunir isto. Quando o decreto de dois mil e dois saiu, tinha um prazo para que os Hospitais se habilitassem, ...os Hospitais da Organização 1, 2, 3 e 4 eram os Hospitais de São Paulo habilitados, somados a dois de Porto Alegre e um de Joinville...Quando o Ministério começou a discussão do processo ele chamou os Hospitais que estavam habilitados e que tinham perdido esta condição de habilitação, por conta da revogação do decreto no início de 2003, e aí nos reunimos, ...fizemos uma reunião, discutimos isso, são todos, com exceção do hospital de Joinville, são todos da ANAHP, e aí nós começamos a fazer uma discussão, do que seria importante do ponto de vista de nossa relação com o Governo, que fosse diferente daquilo que tinha sido proposto pelo decreto anterior, que nós também achávamos que não era um bom decreto, e acabou resultando

nesta proposta, que eu considero um grande avanço, do ponto de vista das relações de filantropia”.

No entendimento do Superintendente de Relações Institucionais da Organização 4, além do movimento de aproximação dos Hospitais de Excelência para discutir uma legislação específica junto ao Ministério da Saúde, este último também teve uma importante atuação agregando os Hospitais Estratégicos, que ficaram órfãos de legislação que garantisse a emissão do Certificado de Entidade Beneficente a mesmos.

Com relação a considerar a Filantropia como sendo ou não estratégica, mencionou: “Não saberíamos ser diferentes, quer dizer, é um Hospital que se constituiu assim, quer dizer, desde sua constituição lá em...na década de cinqüenta, ele sempre foi um Hospital que não visava lucro, quer dizer, não distribui lucro, enfim, e então isso é absolutamente importante. A Associação ela vive para isso , e o próprio Hospital vive para isto. Não seríamos um Hospital privado lucrativo”.

Quando questionado se além de ser estratégico, manter o Certificado de Entidade Beneficente era considerado uma vantagem competitiva, afirmou: “Eu acho que, do ponto de vista de vantagem competitiva, não vamos aqui ser hipócritas, claro que é.. do ponto de vista desta possibilidade de nós termos uma isenção nos valores que podem não ser pagos ao Governo, e servir como alavancagem e melhoria na qualidade do atendimento do Hospital, se torna uma vantagem competitiva. Não há dúvida disso, aliás a gente tem sempre apontado isso inclusive nas discussões com o Governo. O que manteve, de certa forma, no Brasil a condição de disputa, de nível de excelência na medicina, boa parte foi este re-investimento que estes Hospitais fizeram, no seu parque tecnológico, na capacitação dos seus profissionais, enfim, todos eles como aqui na organização 4, nós temos um Instituto de Pesquisa, focamos bastante nisso e tal. Se nós não tivéssemos esta característica de ser Filantrópico, nós não teríamos condição de fazer da forma como que a gente tem feito, então trata-se sim de uma vantagem competitiva”.

Enfatizou que dentro da Organização 4, não foram realizadas discussões relacionadas à possibilidade de deixarem de ser Filantrópicos, uma vez que

consideram isto parte de sua vocação, independente de ter ou não o Certificado de Entidade Beneficente. Complementou dizendo que a Instituição teria viabilidade econômico - financeira se perdesse as isenções fiscais a que tem direito e salientou: “Digamos que é viável...é absolutamente saudável a Organização 4, do ponto de vista financeiro,...disputando o mercado mesmo...ai tem uma questão da característica da instituição mesmo, é e sempre foi assim, e não quer deixar de ser, filantrópica. Esse grupo de Senhoras tem todo um trabalho voluntário dentro do Hospital, elas vivem dentro do Hospital e vivem pra isso, então mesmo com toda essa gama de dificuldades, que não são poucas, de insegurança jurídica que eu acho que resumem as dificuldades que se tem, o Hospital nunca pensou em deixar de ser um Hospital filantrópico por que teria que mudar toda a sua característica e sua vocação”.

Afirmou que a participação do Corpo Clínico desta Organização sempre se deu de forma ativa, porém com mudanças na forma de relacionamento, e complementou: “Quando surgiu a questão do atendimento gratuito, o corpo clínico participava doando seu tempo para os atendimentos. Hoje nós remuneramos de alguma forma, porque como foi crescendo muito, o tempo a ser dedicado ficou muito grande. Mesmo os setores terceirizados, por exemplo centro de diagnósticos, também prestam serviços gratuitos”.

Fica claro nas declarações do entrevistado que há a percepção por parte do Corpo Clínico de que o Hospital da Organização 4, é um Hospital privado, mas sem fins lucrativos, cuja Filantropia é parte de sua missão.

Ao argumentar sobre como se deu o processo de elaboração dos projetos acordados com o Ministério da Saúde, visando ao cumprimento do Decreto 5895, afirmou: “...fizemos primeiro uma discussão envolvendo primeiro o Corpo Clínico e todas as áreas apresentando essa tese do Decreto Nº 5895...uma realidade nova que até então, não tínhamos esta possibilidade de projetos de auxílio, vamos dizer assim, ao desenvolvimento institucional do SUS, então nós abrimos um processo de discussão interna grande.”, e complementou: “... e a partir dali começaram a surgir idéias e propostas, algumas que nós achamos interessantes, nós acabamos transformando na proposta que nós encaminhamos ao Ministério da Saúde, e de

outro lado, nós tivemos também demandas do Ministério que o decreto tem esta possibilidade, quer dizer, o Ministério nos demandou alguns projetos que são de áreas de interesses também...tudo é de interesse do Ministério...alguns eles aprovaram o que estávamos propondo, outros eles nos propuseram que fizéssemos. Então nós construímos assim, mas com uma autonomia para decisão do que fazer". Finalizou enfatizando: "claro que mostramos para o Conselho para sua aprovação, mas minha área tem autonomia para propor e decidir isso".

Quanto aos projetos em si, esclareceu:"...nós vamos participar de tudo... Dividimos isso assim, justamente para ter...a possibilidade de relação ampla com o Ministério... nós temos alguns projetos que são projetos de pesquisa...temos na área de capacitação...a gente vai começar com um curso de Técnicos de Enfermagem e evoluirmos em seguida para o Curso Superior de Enfermagem, com uma Universidade ..um Curso de Pós Graduação, em várias áreas de dentro do Hospital para médicos encaminhados pelo Ministério da Saúde especificamente do Norte, Nordeste...Temos um projeto de avaliação de novas tecnologias com parceria com um Instituto de Pesquisas da Cidade de São Paulo,...desenvolvendo um coração artificial e um outro dispositivo de substituição ventricular....Temos um projeto grande com o SAMU, nós vamos fazer a segunda opinião médica em leitura do eletrocardiograma...vamos fazer um Curso de Pesquisa Clínica para o Ministério e algumas Universidades que eles estão apontando como demandante, então, tem imensas possibilidades".

No campo de assistência direta a pacientes realizada pela Organização 4, lembrou que com o acordo com o Ministério da Saúde, os encaminhamentos passarão a ocorrer por meio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e que estes atendimentos corresponderão, ao equivalente a 30% da isenção fiscal.

Lembrou que a apresentação dos Projetos para a aprovação junto ao Ministério da Saúde não foi uma tarefa fácil, e salientou: "O que aconteceu, nós, os Hospitais de Excelência, é que começamos a trabalhar com o Ministério e o Ministério ainda estava despreparado para isso. Quer dizer, nós tivemos que construir juntos, tanto que nós estamos dois anos após a assinatura do decreto, para construir essas alternativas. O Ministério não tinha isso, jamais pensou em construir algo desta forma, então no primeiro momento, quer dizer, nós apresentamos os projetos e até

que as áreas envolvidas fossem de fato envolvidas, demorou...porque isso envolve Ciência e Tecnologia, Capacitação de Recursos Humanos, enfim, porque todos são áreas dentro do Ministério da Saúde que atuavam isoladas ....e que não se conversavam, ...até que isso se transformasse em algo comum ali, foi um pouco difícil”.

Referente à proposta apresentada pelo Ministério da Saúde para gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro, opinou:”...Nós achamos o seguinte, uma demanda extemporânea, tardia, surgiu depois, nós já tínhamos construído todos os projetos e surgiu este. É uma demanda interessante, nós temos como ajudar, agora, nós temos como ajudar de uma forma coletiva. Não teria nenhum sentido nós assumirmos como tutores determinado hospital lá no Rio de Janeiro. Então nós entendemos, achamos que foi um pouco fora de época, porque já tínhamos tratado e acordado todos os projetos...mas achamos que é pertinente, vamos trabalhar juntos, e a idéia é que a gente faça primeiro um bom diagnóstico, e consiga fazer a gestão .”, e espontaneamente complementou: ”Agora, eu queria fazer um comentário sobre esses seis Hospitais, porque parece que este negócio do decreto é para estes seis Hospitais. E na verdade este processo foi um processo absolutamente aberto e transparente, quer dizer, quando saiu o decreto exigia-se uma regulamentação. A regulamentação saiu um ano depois, quer dizer, foi trabalhada um ano depois. Foi dado um prazo para que os hospitais de todo o Brasil se habilitassem e só seis se habilitaram”.

Além dos Hospitais de Excelência habilitados, o entrevistado lembra que houve outros candidatos, que foram excluídos, principalmente por não apresentarem uma acreditação reconhecida nacional ou internacionalmente.

Comentou que :“ ...algumas Santas Casas, têm um Hospital de qualidade, mas vê se quer trocar atender SUS e ser remunerado para isso, por destinar cem por cento da isenção em serviço? É muito diferente do ponto de vista de valores, é absolutamente diferente, porque mesmo que a tabela não seja ideal, eles tenham algum prejuízo, na operação, este prejuízo não é de cem por cento do valor da isenção. Tem uma diferença básica de quem se entregou a este decreto. “



Como a política do Decreto Nº 5895 é de desenvolvimento institucional do SUS e tratando a renúncia fiscal como de responsabilidade federal, o entrevistado comentou sobre a reação do gestor local do SUS em exigir a realização dos projetos somente no Município de São Paulo, dizendo: "...acho que foi uma falta de entendimento mesmo, da proposta mesmo. Se nós formos falar em renúncia fiscal, não é bem isso, mas se nós formos falar em renúncia fiscal é Federal, portanto trata-se de algo para o país. A idéia do decreto foi justamente esta, quer dizer, deixar uma parcela dos valores que é vinculada a assistência, para a relação direta com o gestor local, e o demais, nós vamos fazer projetos que sejam de interesse da sociedade como um todo, e que ajudem o Ministério da Saúde, no desenvolvimento de políticas que interessem ao desenvolvimento do SUS, e que poderiam utilizar esses Hospitais e suas capacidades como âncora para que isso acontecesse." Este comentário do entrevistado de que a isenção fiscal é Federal, repetiu-se com outros entrevistados, e seria a justificativa para os projetos assumirem um âmbito Nacional. A escolha destes Hospitais de Excelência, na opinião do entrevistado, está diretamente relacionada à sua capacidade de conduzir projetos de âmbito nacional, e enfatizou "Por que nós vamos fazer? Porque nós temos capacidade para isto, todos esses Hospitais têm. Nós desenvolvemos do ponto de vista tecnológico e de capacitações, é esta possibilidade que o Ministério quis usar, eu acho que este é o grande mérito da proposta".

Analisou que o Decreto Nº 5895 veio para aliviar o sistema burocrático e amarrado do Ministério da Saúde no que se refere à condução de avanços tecnológicos e científicos com maior agilidade, utilizando a experiência de organizações hospitalares de qualidade e ágeis em seus processos. "Nós não estamos falando aqui em desoneração, nada disso, nós estamos falando em devolver cem por cento do valor das isenções em serviços de interesse do Sistema Único de Saúde. O grande problema é que o Ministério tem algumas amarras, algumas de legislação e algumas de orçamento mesmo, porque o orçamento ele é todo dividido em rubricas e o Ministério ele consome hoje, grande parte do orçamento, grande maioria do orçamento na assistência e fica muito pouco para avançar com demandas, que são demandas constantes. Por exemplo, esta questão da avaliação da utilização de novas tecnologias, o Ministério não tem agilidade para isso hoje e tem uma demanda muito grande e uma pressão muito grande dentro da indústria farmacêutica e de

equipamentos de saúde e que acaba pressionando o Ministério, para colocar na tabela, quer dizer, coisas novas que vão surgindo, mas não tem como avaliar de fato, custo-benefício disso. Isto é uma oportunidade impar, nós temos como fazer isso, vamos fazer isso via Hospitais de Excelência. Tem que ter *expertise* para isso, e aí podemos fazer isso de forma mais ágil, desburocratizadas, sem as amarras das questões das licitações e tudo mais. Nós podemos fazer isso, estamos devolvendo para o Ministério um valor considerável com isso”, explicou.

A confiança em um sistema legal mais viável, transparente e prático para a concessão do Certificado de Entidade Beneficente, baseado no crescimento institucional do SUS, na opinião do Superintendente Institucional da Organização 4, proporcionou a que outra Organização de São Paulo, que não havia pleiteado seu certificado pelas incertezas jurídicas, apostasse na sua participação como sendo um dos cinco Hospitais de Excelência de São Paulo, argumentando: “...a Organização a que me refiro é um Hospital não filantrópico ainda, ele é um Hospital que tem todas as condições para isto, porque ele é um Hospital sem fins lucrativos, de comunidade de imigrantes europeus, igual aos outros, a única diferença é que ele recolhe os impostos, e por que ele faz isso? Ele faz isso porque foi uma opção deles face à grande insegurança jurídica, que tinha na área, ou que tem na área, então como agora eles sentem que isto, do ponto de vista jurídico, vai ficar mais sólido, eles estão se propondo a entrar. Mas, somente por esta razão, porque todos os pré-requisitos, pré-condições para serem considerados como filantrópicos, eles têm”.

Quanto à participação da ANAHP junto ao processo de elaboração do Decreto 5895, salientou que não observou nenhum tipo de interferência e complementou: “Coincidiu do Presidente da ANAHP, também ser um dos diretamente envolvidos representando um dos Hospitais de Excelência, mas nunca teve participação , até porque sempre diferenciou isso lá nas discussões da ANAHP, que congrega Hospitais privados, e alguns são filantrópicos, mas a maioria não é”.

Acerca do Projeto de Lei 3021, que abordaria todas as instituições filantrópicas, mencionou: “..3021 na verdade é a medida provisória que agregou outros artigos, então assim, 3021 está tudo dentro...o nosso decreto foi absorvido, *ipsis litteris*, não teve nenhuma modificação, no sentido de contemplado, nós não fizemos a discussão, apoiamos aí, as Santas Casas”. Comenta ainda que, “o fato de acabar com o CNAS

(Conselho Nacional de Assistência Social), e deixar vinculado o Certificado de Filantropia ao Ministério da Saúde, é um avanço”.

## **5.5 - Estudo de caso Organização 5**

### **Histórico Organizacional**

Em 1897, chegam ao Brasil quatro Irmãs da Congregação da Organização 5, entidade fundada em 1571, na Alemanha. Instalaram-se inicialmente no Rio de Janeiro, e suas ações permaneciam voltadas para a missão de “Ser Presença de Deus no Brasil”. Com a valiosa colaboração financeira da Casa Mãe, na Alemanha, e doações de benfeitores alemães e brasileiros, como os Franciscanos de Petrópolis e os Monges Beneditinos de São Paulo, as Irmãs adquiriram propriedades e construíram hospitais e escolas para exercerem suas funções sociais. Em 1906 inauguram em São Paulo, a Organização 5.

### **Perfil Organizacional**

A Organização 5 é uma unidade hospitalar inserida num contexto mais amplo de um conjunto de Hospitais, Casas de Saúde, Escolas e Creches, que compõem a Associação Congregação da Organização 5. O perfil da Organização 5, é assim constituído: 388 leitos ativos, com 14.111 internações anuais e 18.418 cirurgias/ano, ocupando uma área física construída de 52.000 m<sup>2</sup>. A Receita Líquida Anual desta Unidade Hospitalar foi de R\$ 92.669.974,30 em 2006. Pela Associação Congregação da Organização 5, considerando todas as suas unidades que prestam serviços na área de saúde, de um total de 1.636.301 atendimentos, 77% deste total foram a usuários do SUS.

### **Missão, Visão e Valores Organizacionais**

Missão: “Missão da mantenedora que se espelha na organização hospitalar é a de promover a vida por meio de uma assistência integral, humanizada e cristã.”

Visão: “Ser reconhecida como a melhor Entidade Filantrópica do País até 2010.”

Valores: “Ética, Espiritualidade, Tradição e Confiabilidade, Desenvolvimento Humano, Responsabilidade Social e Ambiental”.

Segundo o Diretor Financeiro, a tradução da Missão é "Promover a vida prestando serviço de Assistência Social, Saúde e Educação Pastoral, conforme o carisma e espiritualidade da Congregação das Irmãs , buscando a auto sustentação e otimizando recursos para o desenvolvimento humano". Confirmando sua observação sobre a Missão, argumentou: "Destacamos muito a questão das atividades em que atuamos, a questão do carisma e espiritualidade da Associação Congregação, pois é uma entidade religiosa, não temos como fugir disto e nem queremos, já que representa um valor muito importante para a entidade, porque foi através destes valores que a entidade conseguiu ao longo desses cento e dez anos pelo menos que estamos atuando no Brasil, conseguir um desenvolvimento e o modelo que fica presente na Missão é o da auto sustentação, onde conseguimos ser uma entidade filantrópica que não está passando o chapéu o tempo todo, temos condições de nos mantermos".

### **Governança Corporativa**

A Organização 5, é uma unidade hospitalar inserida dentro de uma Irmandade sem fins lucrativos, sendo uma associação civil de duração ilimitada. Seus Órgãos Diretivos são compostos de: Superintendência da Associação, que implantou um Colegiado representado por quatro irmãs da Congregação e quatro Diretores Executivos membros da Superintendência e Coordenação do Superintendente Executivo. Este colegiado é subordinado ao Conselho Provincial. Dentro de cada unidade de atendimento, quer seja de saúde ou de educação, há um Órgão Colegiado, responsável pela gestão da unidade.

### **Filantropia – Responsabilidade Social**

**Executivo Responsável/ Cargo:** Diretor Financeiro

**Formação:** Contador

Atributos para ocupar o cargo: Devido à sua formação contábil e por ter trabalhado com a Irmandade anteriormente, considerando, inclusive, a proximidade religiosa e participação nas ações sociais da paróquia, o Diretor Financeiro criou afinidades com os conceitos de trabalho da Organização, bem como conquistou a confiança dos representantes, entendendo que os assuntos referentes à Filantropia evoluíram naturalmente para as suas mãos.

### **Conceito de Filantropia – Responsabilidade Social**

Baseado nos argumentos do Diretor Financeiro, o conceito de Filantropia encontra-se dentro dos valores da Organização 5, citando: “Manter o comprometimento com a Sociedade”, e agregado ao de Responsabilidade Social: “ Promover a Cidadania e Ações Sociais”, sempre embasados nos princípios religiosos da organização.

### **Planejamento da Estratégia Filantrópica**

#### **Quem planeja**

Na Organização 5 não há um setor que cuida especificamente da Filantropia. Este tema fica pulverizado em diferentes áreas, conforme mencionou o Diretor Financeiro, porém o mesmo afirmou que sempre é abordado no planejamento estratégico, e enfatizou “...adota-se a estratégia do Trenzinho: há unidades que são as locomotivas capazes de gerarem faturamento, como a Organização 5, que não atende diretamente SUS em São Paulo, mas precisa distribuir parte do seu lucro com as outras instituições que são os vagões, em geral, deficitários e atendem no mínimo 60% de SUS.” A organização dispõe de um advogado para acompanhamento em Brasília das decisões do Conselho Nacional de Assistência Social, com participação ativa do Fórum da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, ações estas compartilhadas com o Diretor Financeiro.

A filantropia é parte integrante do Planejamento Estratégico, sendo revista por um Grupo de Apoio a esses planos de ações, que é de responsabilidade do Diretor Executivo da Irmandade Mantenedora.

### **Evolução das Estratégias Adotadas**

A Organização 5 é considerada Filantrópica desde 1957, de acordo com o entrevistado, que lembrou: “...naquela época era concedido o certificado por prazo indeterminado, e foi mudando, veio o decreto 752, a Lei 8282 , e hoje estamos nesta situação, porque temos um certificado válido oficialmente até dois mil, então o que valeria até dois mil e três foi deferido pelo CNAS, e recorrido em ação judicial pelo Ministério da Previdência. De dois mil e três a dois mil e seis da mesma forma, de dois mil e seis a dois mil e nove, também. Então, passamos todo este período sob análise jurídica”.

Salientou que a estratégia adotada pela Associação Congregação da Organização 5, foi “...o atendimento de sessenta por cento de SUS. Este é o principal, a gente separou isso na área da saúde, por exemplo, eu tive sete unidades de receitas, 90% foi da saúde, então eu uso em cima dos 90%, eu uso sessenta por cento de atendimento SUS, e em cima dos 10 % restantes, eu tenho que ter vinte por cento de gratuidade, então provo e comprovo isso com muita tranquilidade...”

Para completar os 60% de serviços prestados a usuários do SUS, somam-se aos atendimentos em algumas Unidades assistenciais próprias, as unidades assistenciais das Secretarias de Saúde do Estado e Município de São Paulo, que estão sob a gestão da Associação Congregação, sob a forma de Organização Social. Estas unidades das Secretarias vêm com orçamento, metas quantitativas, qualitativas e financeiras.

Salientou que a comprovação dos 60% de atendimento pelo SUS sofre alguns questionamentos, ressaltando: “...os fiscais entendem alguns atendimentos do SUS como uma tendência a querer regionalizar ou considerar as unidades assistenciais de maneira isolada para a emissão do certificado e não enxergar a Associação Congregação como um todo. Por exemplo, o hospital Organização 5 não faz SUS, então não é filantrópico, ...quando na verdade a legislação vale para o todo”.

O entrevistado acredita que o entendimento individualizado das unidades prestadoras de serviços leva a esse viés, mas lembrou: a Associação Congregação faz mais do que sessenta por cento, então ela é filantrópica...em razão disso é que há um certo desconforto.” Complementou informando que: “aos atendimentos prestados diretamente ao SUS pelas unidades pertencentes à Associação Congregação, são acrescidos os atendimentos realizados nas unidades de saúde administradas pela entidade no formato de parceria público–privada como uma Organização Social, aonde são responsáveis pela gestão”.

Ressaltou que para a Instituição a Filantropia é considerada estratégica, enfatizando: “...a Filantropia é fundamental para a sobrevivência quer dizer, se eu perder a filantropia, a entidade vai continuar sobrevivendo, mas naturalmente ela vai ter que enxugar, e abrir mão de alguns serviços que hoje são de muita importância

para a sociedade. Mas de fato um Hospital como a organização 5, uma Casa de Saúde, um residencial, um colégio privado não tem porque eles se preocuparem...ou seja, essas Casas, elas tem lucratividade além do valor da isenção,... agora, a entidade como um todo, ela fica próxima disso, então ela precisa sim, rever os seus procedimentos com certeza. Se houver uma ruptura de perdermos a filantropia, com certeza a gente tem que repensar.”, e argumentou dizendo: “a filantropia se torna um mecanismo que me possibilita ter vantagem competitiva... primeiro eu tenho até uma diminuição da minha própria estrutura administrativa interna, não tem aquela burocracia de ficar calculando quanto é o imposto de renda, ...e do outro lado, como eu não tenho o desembolso do imposto; isso fica no caixa pra que a gente possa trabalhar com mais facilidade o fluxo de caixa”.

A Filantropia é um diferencial: “embora a gente tem que ter consciência que para manter a filantropia eu tenho que pegar esse recurso da isenção e da imunidade, mas eu tenho que usar esse recurso todo no social e naturalmente fazer mais do que a simples troca de moeda. Eu não vou receber cem do Estado e gastar cem no social, porque se não eu não estaria fazendo nada a não ser substituindo o Estado. Na verdade eu tenho que pegar cem do Estado e fazer cento e vinte, cento e trinta ou cento e cinquenta, na medida do possível”.

Dentro do modelo utilizado pela Associação Congregação da Organização 5 há sinais de fragilidade, enfatizados pelo Diretor Financeiro que declarou : “Por exemplo, se for pensar em termos de receita, em número de atendimento, em termos de pessoal, saúde representa 90 a 95%, educação vai para 3 a 4%, e assistência social vai para 1%. Além do mais, na saúde e na educação, você tem capacidade de geração de receita. Já na assistência social a geração de receita é nula praticamente. Então você fica totalmente dependente, com esta quebra de uma única unidade da Associação Congregação , por exemplo, como eu vou manter a obra social sem fazer repasse de uma entidade de saúde para entidade de assistência social?”.

Lembrou ainda que a Associação Congregação Organização 5 vem adotando esse mesmo modelo há anos, e o Projeto de Lei 3021, contemplou que a Certificação de Entidade Beneficente, teria que ser analisada por Ministérios separados, e a

Entidade teria que se dividir em empresas diferentes, o que poderia significar um retrocesso para a sustentação da Instituição como um todo. Analisando, complementou: "... eu acho que seria importante manter do jeito que está, ou ter uma alternativa mais factível para que a entidade possa fazer esse tipo de mudança, uma vez que é um dado de uma história de cem anos. Fazendo assim, constitucionalmente, não tem nada de ilegal, o direito de associação é digerível, a gente pode se associar, e definir o que a gente quer fazer, foi definido isso, a gente sempre fez, agora vem uma lei dizendo 'se você quer manter a filantropia, você não pode...'".

O entrevistado mencionou que o custo das obras sociais e atendimentos assistenciais na saúde, quando geridos pelo Estado, é mais alto e salientou: "caso a gente vier a não manter a filantropia, por exemplo, certamente a entidade terá que rever todos os seus processos, e ao rever seus processos, quem irá atender aqueles que deixarão de ser atendidos? A que preço vai ser? Nós temos experiências com as organizações sociais, por exemplo, que para nós garante que, estudo provando, fazer o Estado, o Estado gerenciar um Hospital próprio custa mais, a qualidade é menor, e a gente está fazendo melhor, fazendo mais volume, por um preço menor".

Referiu estar participando ativamente da discussão, com sugestões aos parlamentares, sobre o Projeto de Lei 3021, e lembrou: "estamos sempre presentes em Brasília, no CNAS, nas decisões, nas reuniões. Tem aqui em São Paulo o Fórum de Entidades Filantrópicas que se reúne...estará constituindo legalmente um Fórum de apoio às entidades do terceiro setor, justamente para acompanhar ainda mais de perto, todo este momento que já dura dez, quinze anos, que vêm sempre novidades a cada dia, você dorme com uma lei e acorda com outra, então não é possível você organizar uma entidade fazendo um planejamento de dez, quinze anos sem saber o que vai acontecer o mês que vem ou a semana que vem. Muito interessante para analisar. Então isso é ruim, por isso a gente sempre acompanhou e procurou ter uma participação ativa. Agora, nós não somos entidade para estar presente em Brasília nos meios políticos, mas nos meios institucionais, então nós estamos na Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, nós estamos nos Fóruns do Terceiro Setor, nós estamos presentes no CNAS sempre que possível, então a gente procura participar. E depois vem pela imprensa muita coisa, que a gente



acaba acompanhando isso.” Esta posição do entrevistado demonstra que a Organização 5, mantém uma outra perspectiva de relacionamentos, voltados principalmente para o atendimento aos usuários do SUS.

Com relação ao Decreto Nº 5895 e a Medida Provisória Nº 446, argumentou não ter havido sequer a intenção de ir neste novo rumo estratégico, dizendo: “Nós não chegamos a pensar, até porque não estávamos muito envolvidos com isso. Mas, o que acontece, quando a gente olha um Hospital, seria tranquilo, pegaríamos ao Organização 5, e o colocaríamos como um Hospital de Excelência, seria fácil. Agora, quando eu vou conseguir colocar Hospitais de interior, como ele pode ser estratégico?.” Ressaltou ainda que o grande receio da Organização seria a segmentação da Associação Congregação e a manutenção da sustentabilidade do modelo adotado de defesa da filantropia pelos 60%, considerando os atendimentos realizados como um todo, ou seja, dentro de todas as unidades pertencentes à Associação.

Enfatizou que a participação da Organização 5 na ANAHP, conjuntamente com outra unidade hospitalar do Rio de Janeiro da Associação Congregação, tem objetivos diferentes do que o de discutir a filantropia. Comentou que não participa das reuniões, sendo atribuição de outro Executivo acompanhar as atividades nesta Instituição.

Além do aspecto político e de estabelecimento de uma legislação que contemple as entidades filantrópicas, lembrou que há ainda a pressão da Sociedade, dizendo: “... esta história de acabar com a filantropia, eu acho que é um pouco da pressão da sociedade, no sentido de que muitos não entendem isso também, então é vendido uma imagem. Então, por exemplo, o hospital Organização 5 em São Paulo, onde ele é bem conhecido, poucas pessoas concordam que o Hospital seja filantrópico, acham um absurdo, porque não conhecem, não vêem o nosso lado social”.

Advertiu que para agravo da situação “... as Irmãs são muito arreadas a Marketing, a ficar divulgando, então o que elas sempre aprenderam é o seguinte: o que a mão direita faz, a esquerda não precisa saber. Isso é evangélico, e coisa do lado religioso, só que hoje nós tentamos mudar esse conceito com elas porque se a

comunidade não souber, aí sim o Governo vai 'ganhar' razão, porque vai ter o apoio da comunidade dizendo que o hospital Organização 5 não atende SUS."

#### **5.6 - Ministério da Saúde - Coordenadoria Geral de Atenção Hospitalar / Diretora Substituta do Departamento de Atenção Especializada.**

O Ministério da Saúde sempre participou do processo de avaliação e concessão dos Certificados de Filantropia, através de atuação direta de seus funcionários quer como conselheiros ou como técnicos consultores do Conselho Nacional de Assistência Social. Com a Medida Provisória Nº 446, que põe em prática o anunciado pelo Decreto Nº5895, o Ministério da Saúde passa a ser o responsável direto pela avaliação e concessão de tal certificado.

Segundo a Coordenadora Geral de Atenção Hospitalar: "No caso da saúde, além desta possibilidade, de oferecer vinte por cento de gratuidade, poderia oferecer sessenta por cento dos seus serviços ao SUS,... um outro critério com mais flexibilização, caso o gestor local do SUS, não pudesse comprar o serviços da entidade, de forma que ela atingisse os sessenta por cento SUS, ele fazia um mix entre gratuidade e prestação de serviço ao SUS.... e neste decreto (Decreto Nº 5895) aquelas entidades que comprovassem e apresentassem um projeto de fortalecimento do Sistema Único de Saúde...".

Os Hospitais de Excelência, e esses processos de cooperação com o SUS, seriam quartuários, com educação, gestão, participação da gestão, pesquisa e inovação tecnológica, segundo a Coordenadora.

Ainda segundo a Coordenadora: "O que se vê de ganho com relação aos Hospitais de excelência é que esses Hospitais,já têm o certificado de Filantropia, pelo menos dos seis Hospitais que se habilitaram, cinco já têm o certificado, porque eles atendiam aquele primeiro critério dos vinte por cento da gratuidade. Este critério para o SUS, foi um critério que não nos atende, porque como é vinte por cento de

gratuidade, o público ao qual eles atendem, não é o público ( do SUS) ou seja, não é dentro da regulamentação do Sistema Único de Saúde...nós passamos a ter total conhecimento do quê que é que o Hospital esta fazendo, para que faça jus ao tal certificado. Então este é um avanço do decreto...o principal avanço...”.

O fluxo de informações e necessidades de projetos pode partir tanto do Ministério da Saúde como dos Hospitais de Excelência. Os projetos uma vez acordados e com cronograma e orçamento estabelecidos serão divulgados em um site no Ministério da Saúde, chamado [www.hospitaisdeexcelencia.org.br](http://www.hospitaisdeexcelencia.org.br). Segundo a Coordenadora des. Há: “... há alguns projetos que são encomendados pelo Ministério... sob o ponto de vista nacional... os gestores locais (SUS) encomendaram e alguns dos projetos que eles (Hospitais de Excelência) teriam condição de fazer e que propuseram ao Ministério...”.

O controle da realização ou não destes projetos será único e exclusivo do Ministério da Saúde, o controle fiscal da aplicação da isenção será mantido pela Receita Federal. Para este controle, o Ministério da Saúde aguarda a promulgação de uma Portaria Ministerial, que aponte a forma de acompanhamento de prestação de serviços que deverá ocorrer anualmente.

Para a Coordenadora, o Decreto Nº5895 e agora a Medida Provisória Nº446, é um processo que está em aperfeiçoamento, segundo ela: “... nos projetos chegamos num consenso...não foi uma decisão unilateral...”. Este formato segundo ela permite tanto que os Hospitais de Excelência apresentem projetos individuais, ou seja, a eles atribuídos projeto de cunho individual pelo Ministério da Saúde, como também podem agrupar para gerenciar um único projeto, como é o caso da proposta de gesta de seis hospitais Federais do Rio de Janeiro; “...os próprios Hospitais propuseram de que se formasse um grupo,...nem o decreto e nem a Medida Provisória não dizem que é individual (os projetos), então dá a possibilidade de desenharmos o melhor modelo para o projeto...”.

O processo de construção do Decreto Nº 5895 e Medida Provisória Nº, conseqüentemente dos projetos envolvidos, segundo a coordenadora, foi uma discussão mais com o Governo Federal; mas para o desenvolvimento dos projetos

locais é necessário chamar os seus respectivos gestores do SUS, para discutir com o Ministério da Saúde, "... por conta do sistema, do próprio SUS".

A expectativa junto ao Ministério da Saúde é de que todos os projetos avaliados e aprovados dêem os resultados esperados. Mas não há de se negar que a transferência de estratégias científica, tecnológicas e de gestão criaram uma grande expectativa no Projeto que partiu do próprio Ministério da Saúde, o projeto de Gestão dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro: "olha, este é nosso carro chefe, nós estamos apostando que este seja uma grande inovação de estratégia de uso de recursos... pela mobilização que será necessária pra gente efetivamente alcançar o resultado e pelo potencial que tem de alcance de resultado. São Hospitais do Rio que são Hospitais históricos, importantes no sistema, e que o desenvolvimento dos projetos nesses Hospitais tem potencial de qualificar os Hospitais propriamente dito, individualmente no Rio, como também potencializar a discussão da transformação de rede no sistema, então...e, uma coisa interessante que esses Hospitais trazem pra gente, é a agilidade de implantar idéias, porque nas instituições privadas, se agente precisa contratar uma empresa para desenvolver um sistema de informação, e se isso vem dentro do projeto, eles tem bem mais agilidade para fazer isso acontecer, do que nós que estamos numa máquina grande, com as amarras próprias da legislação pública. Então com relação aos Hospitais do Rio, agente está testando, que é um projeto que vai ter uns casos bons, com grande potencial, e como impacto...se este potencial realmente acontecer, se os bons resultados vierem, como agente acredita que virão, a capacidade deste projeto de difundir a idéia, tem o potencial grande de difusão de idéias, que esta parceria Público-Privado pode...porque isso acaba sendo uma parceria Público-Privado, que pode trazer um grande potencial.."

Os Hospitais de Excelência devem desenvolver todo o projeto inclusive o seu orçamento, adotando o uso de sua estrutura para documentar e comprovar a apropriação de custos baseado na sua isenção fiscal. Segundo a coordenadora estes Hospitais de Excelência terão auditoria externa, fiscalização da Receita Federal e o Ministério não colocará nenhuma verba, ela terá que ser oriunda da isenção fiscal.

Ao comentar a visão do Ministério da Saúde sobre os Certificados de Filantropia dos demais Hospitais que não estão neste grupo de Hospitais de Excelência, deixa claro que para o SUS, aqueles que atendem 60 % de SUS, são participantes diretos do Sistema, mas no entendimento do Ministério da Saúde, "... com relação aos outros, tem que ser sessenta por cento de SUS, tem que ser esta modalidade mesmo, gratuidade não tem muita lógica...vinte por cento de gratuidade pro SUS, não é a lógica.."

Os projetos encaminhados pelos Hospitais de Excelência são avaliados dentro do Ministério da Saúde, pelas Secretarias Técnicas Especializadas de cada área, como por exemplo, a Secretaria de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação para Saúde e áreas designadas pela Coordenadoria de Atenção Hospitalar.

## 6 - CONCLUSÕES

A Filantropia no Sistema de Saúde Brasileiro está diretamente relacionada à emissão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e às isenções fiscais decorrentes. Para os executivos entrevistados, o uso da palavra Filantropia tem causado um desgaste nas imagens dos Hospitais Privados Filantrópicos, já que acabou sendo vinculada a um instrumento legal (Certificado de Filantropia), passível de questionamentos jurídicos.

Nota-se, portanto, uma primeira estratégia emergente, ou seja, a combinação das ações de Filantropia voltadas para a obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, a um novo conceito, o de Responsabilidade Social.

De maneira geral, Responsabilidade Social é a ampliação das ações Filantrópicas, incluindo-se a busca de qualidade de vida para os colaboradores da instituição, inclusão social para membros da comunidade onde as organizações estão inseridas e sustentabilidade ambiental (ASHLEY, COUTINHO E TOMEI, 2000).

As Organizações estudadas, sem exceção, entendem que suas ações não devem ficar restritas ao local onde estão localizadas as suas unidades hospitalares, mas que pela capacidade de gestão e qualidade nos serviços prestados precisam ampliar as suas áreas de atuação, por meio de parcerias público-privado, em outros Municípios e Estados brasileiros.

Para tornar esta mudança estratégica visível para seus colaboradores e clientes, as organizações preferiram estruturar um setor específico para tratar dos assuntos relacionados à Responsabilidade Social, denominado Instituto ou Centro de Responsabilidade Social, à exceção da Organização 5, que trata a Filantropia dentro de um colegiado administrativo, não estruturado exclusivamente para isto.

A presença dos Institutos ou Centros de Responsabilidade Social nas Organizações 1, 2, 3 e 4, tem como intuito permitir a centralização da gestão das ações e o

alinhamento ao discurso de uma empresa sustentável. Nestas Instituições, além dos Institutos de Responsabilidade Social, foram estruturadas outras áreas que podem dar suporte às suas ações, como Institutos de Ensino e Pesquisa e/ou Institutos de Medicina Diagnóstica e Preventiva. Estes novos recursos foram oferecidos para o Ministério da Saúde, para a qualificação dos mesmos como Hospitais de Excelência, conforme Decreto Nº5895/2006.

Entre 2002 e 2008, mesmo com a promulgação do Decreto Nº 5895/2006, foi necessário instituir uma Medida Provisória (MP446/2008) e um Projeto de Lei (PL3021/2008), a fim de modificar os requisitos legais para a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social. Durante este período, coube aos Hospitais Privados Filantrópicos destinar 60% de sua capacidade operacional para o atendimento a pacientes do SUS ou ainda, serem obrigadas a aplicar anualmente 20% de sua receita bruta (venda de serviços + receitas financeiras + receitas provenientes de locação de bens não integrantes do ativo imobilizado + doações) em atendimentos gratuitos.

A estratégia escolhida pelas Organizações 1, 2, 3 e 4 para justificar a sua classificação como entidades filantrópicas desde 2002, foi a de aplicar anualmente 20% de sua receita bruta em atendimento gratuito à população. A Organização 5, optou por destinar 60% da sua capacidade operacional para o atendimento a pacientes SUS, em atendimentos realizados em outras unidades assistenciais da Associação a que pertence.

Dentro da estratégia de oferecer 20 % de atendimento gratuito, observamos uma perspectiva eminentemente assistencial, sendo este o principal recurso empregado (recurso empregado ou mecanismo adotado) pelas Organizações 1, 2 e 4. A Organização 3 apresenta-se com um modelo estratégico diferenciado, com ênfase na aplicação de recursos baseados em seu conhecimento na elaboração de projetos de parceria público-privada e de capacitação na área de acreditação hospitalar.

Com a promulgação do Decreto Nº 5895/2006 e da Medida Provisória 446/2006, podemos notar um novo direcionamento estratégico nas Organizações 1, 2, 3 e 4.

Neste novo modelo foram agregados novos recursos , tais como incorporação de tecnologias, de ensino e pesquisa, de gestão e de capacitação técnica.

Dentro dos projetos elaborados e executados na Organização 1, destaca-se a prestação de serviços gratuitos desenvolvida por meio de um programa de transplantes hepáticos que evoluiu para transplantes de outros órgãos, incorporando as despesas realizadas para o atendimento assistencial à comunidade de crianças carentes do bairro e de idosos imigrantes da comunidade fundadora. Esta Instituição adotou um modelo identificado como "terceirização da Filantropia", pois considerou que se justificava contabilmente a contratação de serviços de um terceiro (hospital, clínica, etc.), que receberia por serviços prestados tanto à comunidade de idosos imigrantes como às crianças carentes. Esta ação, segundo o entrevistado, gerou o seguinte comentário dentro da Organização: "...faço Filantropia, pois pago plano de saúde para quem precisa".

A compra de serviços de terceiros foi implantada a fim de evitar as internações de pacientes oriundos desses atendimentos sociais dentro da própria unidade hospitalar, na intenção de manter os leitos disponíveis para venda a planos de saúde da medicina suplementar e para tentar garantir custos menores com esta assistência, encontrados em outras instituições. Os médicos que integram o corpo clínico assistencial e que prestavam na época serviços às comunidades de crianças carentes e aos idosos passaram a solicitar remuneração pelos serviços prestados frente à "Terceirização da Filantropia".

O valor da doação de equipamentos médicos hospitalares ou de uso ambulatorial e os custos de inadimplência de contas hospitalares de pacientes particulares completavam os valores contábeis da gratuidade.

Colocar equipamentos disponíveis para doação foi outra estratégia adotada, que permitiu, inclusive, uma atualização tecnológica a cada dois anos no hospital da Organização 1.

Na Organização 2, as ações estratégicas para justificar a gratuidade e, portanto, o Certificado de Filantropia, eram centradas no atendimento de cotas estabelecidas para usuários do SUS, no que compreende exames de diagnósticos, cirurgias



cardíacas congênitas, transplante hepático e tratamento de câncer realizados em sua unidade hospitalar.

Com o desenvolvimento das parcerias público-privadas, agregou-se os valores despendidos nas reformas de hospitais e ambulatórios públicos, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, assim como a compra de equipamentos e a realização de serviços de ultrassonografia dentro de algumas unidades . Esta Instituição assumiu também a gestão de algumas unidades da Secretaria Municipal de Saúde bem como a responsabilidade pela assistência das mesmas, desencadeando um processo com preocupação voltada para a imagem da Organização, com relação ao recebimento de eventuais ações jurídicas por "má prática médica", frente às condições precárias de algumas estruturas públicas que estavam sendo assumidas pela sua gestão.

Na Organização 3, a parceria com a Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo foi sendo montada gradativamente desde 2002. A concessão do Certificado de Filantropia aconteceu somente em 2006. Ainda que a estratégia no momento presente seja a da prestação de serviços gratuitos, de acordo com o entrevistado, a mesma já seguia o modelo do Decreto Nº 5895/2006. Os pontos fortes da organização 3 são os projetos de parceria público-privada e a implantação de programas de acreditação, sendo que os recursos financeiros alocados seriam então atribuídos à gratuidade ou à filantropia. Devem ser destacados também os recursos gastos em reformas, a compra de equipamentos para unidades hospitalares, tanto voltadas à assistência materno-infantil e à assistência direta no próprio hospital, prestada aos pacientes referenciados para procedimentos de alta complexidade pela Secretaria Municipal de São Paulo.

Estas ações estratégicas ficam mais limitadas à alta direção desta Instituição, com restrita participação do corpo clínico assistencial, exceção aos atendimentos realizados no próprio hospital ou em ocasiões em que são acionados para elaborar algum projeto para ser apresentado às Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde.

Na Organização 4, ao contrário do que ocorre com as demais, não houve interesse em estabelecer parcerias publico privadas, pois no entendimento de seus Gestores,

conforme o entrevistado, a Instituição considera que a gratuidade deveria ser prestada na área de cirurgias cardíacas congênitas, por meio de um sistema de portas abertas, com encaminhamentos por meio de Secretarias de Saúde de diferentes Estados e Municípios brasileiros ou ainda diretamente por outros serviços. Portanto, basearam-se na aplicação de valores despendidos para os recursos assistenciais médico-hospitalares pertinentes a estes atendimentos.

Dentro do conceito de atendimento gratuito, os serviços prestados pelo corpo médico ou por terceiros dentro da estrutura hospitalar, era realizada de forma a não gerar custos desnecessários em função dos mesmos. Com o crescimento da demanda de cirurgias cardíacas congênitas, a Instituição alterou a estratégia, passando a remunerar seus colaboradores pelos serviços prestados aos pacientes atendidos. Esta medida foi possível, pois esta Organização passou a compreender a Filantropia como uma ação da Instituição e não dos seus colaboradores.

Um dado importante é o de que o cálculo dos 20% de prestação de serviços gratuitos, é feito considerando seu valor de venda para a medicina suplementar e não pelas tabelas do SUS, como previsto pela legislação.

A Organização 5 utiliza sua Associação como componente estratégico para a concessão do Certificado de Filantropia. Esta Associação presta atendimento a 60% de pacientes do SUS em outras Unidades Assistenciais. O hospital considera-se um suporte financeiro para toda a Associação a que pertence. Importante registrar que as ações que justificam o certificado de Filantropia não são percebidas pelo corpo clínico da Instituição, que tem estreita participação acerca do assunto.

As Organizações 1, 2, 3 e 4 foram consideradas, em 2002, pelo Ministério da Saúde, como um grupo de Hospitais Estratégicos, título este revogado em 2003. Em 2009 essas Organizações iniciam uma nova aproximação com o Ministério da Saúde a fim de definir pontos importantes dos projetos apresentados. Na percepção das Organizações 1, 2 e 3, seus representantes buscaram estreitar relações com o Ministério da Saúde para elaborar uma legislação que as contemplasse como Hospitais Privados Filantrópicos e lhes garantisse o Certificado de Entidade Beneficente. Já de acordo com a Organização 4, assim como para a Coordenadoria

da Secretaria de Ações Hospitalares do Ministério da Saúde, foi o Ministério que iniciou esta aproximação. O resultado deste encontro entre Organizações e Ministério foi a promulgação do Decreto Nº 5895/2006 e a publicação da Medida Provisória 446. A formação de uma coalizão, junto com três outros hospitais que não participaram da amostra, levou a uma mudança estratégica importante: as organizações adotaram uma postura de grupo para interferir ativamente na legislação dos Certificados de Filantropia e serem consideradas Hospitais de Excelência.

Poderia se supor que as Organizações 1, 2, 3 e 4 desenvolvem uma postura de comportamento isomórfico mimético, mantendo um comportamento semelhante nas posturas e abordagens junto ao Ministério da Saúde, bem como na disponibilização de seus recursos. Exemplo disso seria a busca de uma acreditação em Qualidade Internacional ou Nacional, a criação de Institutos de Responsabilidade Social e também de Ensino e Pesquisa e a participação em, parcerias publico privadas com os gestores do SUS, com contratos de gestão de unidades das Secretarias.

Os Hospitais de Excelência foram escolhidos pelo Ministério da Saúde com base em suas capacidades de recursos financeiros, tecnológicos, de ensino e pesquisa, de gestão, de prestação de assistência médica, tendo condições de assumir o papel de âncoras para o desenvolvimento do SUS. O conceito de "atenção à saúde", seria ampliado para o de desenvolvimento institucional do SUS, segundo o Ministério da Saúde.

O primeiro critério adotado para a seleção dos Hospitais de Excelência, foi o de serem acreditados com Certificação Nacional ou Internacional, reconhecida pelo Ministério da Saúde. Este critério foi adotado excluindo alguns hospitais, segundo os entrevistados. No final de 2008, havia apenas seis Hospitais Privados Filantrópicos que possuíam os requisitos exigidos. Destes, cinco hospitais são de São Paulo e um de Porto Alegre. Dentre os selecionados como Hospitais de Excelência destaca-se um Hospital Privado de São Paulo, que busca pela primeira vez o seu Certificado de Filantropia. Segundo o entrevistado da Organização 4, esse hospital participou desde o início da elaboração do Decreto Nº 5895/2006 junto com os demais

escolhidos, estando completamente envolvido e consciente de todos os tópicos acordados.

A elaboração dos projetos que atenderiam as necessidades institucionais do SUS, segundo os executivos, foi apresentada anteriormente à publicação do Decreto Nº 5895/2006. O embrião dos projetos foi a parceria publico privada entre as Organizações e as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde de São Paulo. Quando da promulgação do Decreto Nº 5895/2006, as ações foram ampliadas para o âmbito nacional, de maneira a preservar os acordos já existentes entre os Hospitais e os gestores do SUS, nas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. A expectativa das Organizações 1, 2, 3 e 4 era de que somente os projetos baseados em seus recursos fossem aprovados, conforme expressou um dos entrevistados: "... a regra é que o Hospital propõe e o Ministérios da Saúde diz sim ou não..". O valor total de gastos com todos os projetos, por organização, deveria corresponder integralmente ao valor total da renúncia fiscal a que ela tem direito.

A Organização 1, frente ao Decreto Nº 5895/2006 e à Medida Provisória Nº 446, adaptou os seus projetos já existentes de atendimento à comunidade de crianças carentes e de atendimento a idosos da comunidade de imigrantes, a fim de mantê-los de acordo com as exigências da legislação. Inseriu o atendimento às crianças em um programa de desenvolvimento infantil e promoção à saúde dentro de um contexto de política pública de saúde, acordado com o gestor do SUS no Município de São Paulo. Transformou o segundo programa relacionado ao atendimento para idosos em um Centro de Estudos da Saúde do Adulto e Idoso. Os programas já desenvolvidos com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde foram mantidos. Segundo a Publicação, Hospitais de Excelência a Serviço do SUS de Novembro de 2008, a Organização 1 aplicará aproximadamente R\$127.000.000,00/ano a partir de 2009 em 32 projetos que utilizam recursos assistenciais, de pesquisa clínica, de ensino, de capacitação profissional e de gestão.

A Organização 2 indicou que, além dos programas de cirurgias cardíacas congênitas e transplante hepáticos já existentes, agregariam projetos de pesquisa próprios da instituição e atenderiam à solicitação de implantação de programas de medicina baseada em evidências para capacitação da rede do SUS. Além disso, seria um

ponto de difusão de conhecimentos sobre rede de hospitais sentinela. Os programas anteriormente estabelecidos com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, a exemplo da Organização 1, também foram mantidos. Ainda com base nas informações divulgadas na Publicação Hospitais de Excelência a Serviço do SUS de Novembro de 2008, a Organização 2 destinará cerca de R\$ 68.268.853,17/ano a partir de 2009 para 19 projetos que utilizam recursos assistenciais, de pesquisa clínica, de ensino, de capacitação profissional e de gestão.

A Organização 3 também manterá os projetos existentes, de assistência materno-infantil e de gestão de unidades da Secretaria Municipal de Saúde, ampliando os projetos de gestão e capacitação para acreditação. Outros processos estão sendo incorporados com a criação do Centro de Responsabilidade Social e do Instituto de Ensino e Pesquisa. Nos dados coletados pela Publicação Hospitais de Excelência a Serviço do SUS de Novembro de 2008, a Instituição empregará aproximadamente R\$ 17.000.000,00/ano a partir de 2009, em 21 projetos, que utilizam recursos assistenciais, de pesquisa clínica, de ensino, de capacitação profissional e de gestão.

A Organização 4 adotará inicialmente a aproximação junto aos gestores do SUS, principalmente a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, para estabelecer uma regulação dos encaminhamentos de pacientes para seu hospital, seguindo uma demanda organizada do SUS, e não mais de porta aberta. De acordo com a Publicação Hospitais de Excelência a Serviço do SUS de Novembro de 2008, a Organização aplicará cerca R\$ 21.000.000,00/ano a partir de 2009 em 22 projetos que utilizam recursos assistenciais, de pesquisa clínica, de ensino, de capacitação profissional e de gestão.

Entre todos os Projetos, há um relacionado a Diagnóstico e Implementação de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro que, de acordo com a Coordenadoria da Secretaria de Ações Hospitalares do Ministério da Saúde, seria o "carro chefe" dos projetos. No entanto, ele foi recebido com surpresa pelos entrevistados. Os Hospitais de Excelência negaram-se inicialmente a aceitar o compromisso de assumirem individualmente a gestão destes hospitais e adotaram uma nova estratégia,

estabelecendo um grupo de gestão composto por membros dos Hospitais de Excelência e criando um fundo financeiro único para a gestão deste empreendimento.

A renúncia fiscal decorrente da concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Certificado de Filantropia), é de responsabilidade federal e seria, segundo os entrevistados das Organizações 1,2, 3 e 4, a principal razão para o diálogo e desenvolvimento dos projetos de Hospitais de Excelência com o Ministério da Saúde e aplicação dos recursos em todo o país, não restringindo-se ao Município onde se localizam as instituições.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenadoria da Secretaria de Atenção Hospitalar, ratificou que a elaboração e discussão dos projetos foi realizada diretamente com seus representantes. Lembra ainda que depois de firmados os acordos, os Hospitais de Excelência deveriam procurar os gestores locais dos municípios, para a finalização das propostas e contratualizações.

O Secretario de Saúde do Município de São Paulo, ciente de que cinco dos Hospitais de Excelência situam-se em São Paulo questionou, segundo um dos entrevistados, se os mesmos não deveriam direcionar seus projetos apenas para o Município de São Paulo, segundo informações divulgadas em matéria publicada na imprensa. As Organizações 1, 2, 3 e 4 afirmaram que houve um erro no entendimento por parte do gestor local do SUS com relação ao que o Decreto Nº 5895/2006 proporcionaria. Para esclarecimentos, foram procuradas tanto a Secretaria Municipal de Saúde, quanto a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, porém ambas não responderam à solicitação de uma entrevista. Dentro dos projetos desenvolvidos, as Organizações 1, 2, 3 e 4, seguindo normatização do Decreto Nº 5895/2006, manteriam 30% dos valores atribuídos à isenção fiscal em serviços medico - assistenciais para o reinvestimento dentro do próprio Município de São Paulo e os projetos já existentes em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo seriam todos mantidos.

A Organização 5, como não se encaixava dentro das propostas do Decreto Nº 5895, manteve a estratégia de prestação de 60% dos atendimentos ao SUS. Demonstrou,

por seu lado, grande preocupação com a Iminência de aprovação da Medida Provisória Nº 446 ou do Projeto de Lei Nº 3021, que ameaçavam o conjunto da Associação ao exigir que as Unidades Assistenciais fiassem sob o mesmo registro junto ao conselho específico, conforme o tipo de assistência prestado (Saúde, Educação ou Serviço Social).

Ao encerramento das entrevistas, mesmo diante de matérias publicadas na imprensa explicitando opiniões discordantes a respeito da Medida Provisória Nº 446, os entrevistados manifestaram ter obtido um consenso expresso no Decreto Nº 5895/2006 e na Medida Provisória mencionados. Estes documentos legais apontam, segundo eles, para uma perspectiva de inovação junto ao SUS, bem como para possibilidade de mais transparência na regulação e na prestação de contas, diretamente ao Ministério da Saúde.

Em síntese, para todas as Organizações analisadas, a Filantropia é estratégica e traz vantagens competitivas para as mesmas, principalmente pela isenção fiscal que representa.

Para as Organizações 1, 2, 3 e 4, a Filantropia não é uma estratégia para a sobrevivência, já que consideram ter estruturas adequadamente geridas. Para a Organização 5, porém, além da vantagem competitiva, a Filantropia é estratégia fundamental para sua manutenção, pois sem esta seria impossível manter o atendimento aos usuários do SUS.

O propósito deste estudo de casos múltiplos era de analisar as mudanças estratégicas ocorridas entre os anos de 2002 e 2008, voltadas à filantropia, em Hospitais Privados Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, no Município de São Paulo.

A primeira conclusão a que chegamos é a de que as mudanças estratégicas adotadas pelas organizações estudadas nas ações voltadas à Filantropia, visam basicamente à obtenção ou manutenção do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

Obter ou manter o Certificado de Filantropia garante a esses Hospitais Filantrópicos, não usuais prestadores de serviços ao SUS, isenções fiscais. Estas isenções fiscais garantem uma vantagem competitiva frente a outros hospitais privados não filantrópicos, que atuam na medicina suplementar, na redução de custos. A Filantropia é, portanto, uma Estratégia competitiva. Entende-se por estratégia competitiva aquela que visa a estabelecer uma posição lucrativa e sustentável contra as forças que determinam a concorrência na indústria (PORTER, 1989).

A Filantropia como estratégia competitiva, segundo os entrevistados, leva as organizações estudadas a um desempenho superior ao dos seus concorrentes, principalmente por uma vantagem competitiva sustentável de diferenciação e de redução de custos. Segundo a percepção destas organizações, a qualidade de seus atendimentos assistenciais e sua capacidade de gestão são as suas principais diferenciações.

A segunda conclusão a que chegamos é a de que as estratégias emergentes (mudanças estratégicas) para a obtenção ou manutenção do Certificado de Filantropia surgem principalmente das incertezas jurídicas quanto a que as ações e recursos que empregados em Filantropia, sejam ou não reconhecidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social e demais órgãos fiscalizadores (Receita Federal e Ministério da Previdência).

É possível identificar nas organizações estudadas algumas estratégias emergentes, para adaptação a novas situações, como proposto por Alexander (2000):

- Todas as organizações estudadas estão buscando incluir novos serviços e populações a serem atendidas, a fim de ampliar o entendimento, por parte dos gestores do SUS, de que estão realizando ações e projetos dentro de parcerias público privadas, o que lhes justificaria a obtenção ou manutenção do Certificado de Filantropia;
- Do mesmo modo, as organizações estudadas estão incorporando ferramentas de gestão e planejamento estratégico para adotar uma postura pró-ativa no gerenciamento de mudanças estratégicas na área de Filantropia. As Organizações 1,2,3 e 4 montaram dentro de sua estrutura organizacional setores próprios para o gerenciamento da Filantropia e Responsabilidade Social, conhecidos como Institutos



ou Centros. A Organização 5 preferiu manter a Filantropia dentro de um colegiado executivo;

- As organizações 1, 2, 3 e 4 adotaram a estratégia de cultivar conexões interorganizacionais, formando uma coalisão, para elaborar juntamente com o Ministério da Saúde uma legislação que as contemplasse na obtenção ou manutenção do Certificado de Filantropia. A Organização 5, demonstrou que não participa das mesmas conexões interorganizacionais que as anteriores para lidar com a Filantropia. Menciona a parceria com outras organizações que prestem serviços de atendimento ao SUS, como as Santas Casas de Misericórdia.

As Organizações 1, 2, 3 e 4, adotaram a estratégia de justificar o seu certificado de Filantropia por meio da aplicação de 20% de sua receita bruta em ações aceitáveis para os órgãos fiscalizadores. A Organização 5, adotou a estratégia de prestação de 60 % de seus atendimentos SUS. Portanto, o principal recurso utilizado para se manter como organização filantrópica eram seus próprios recursos financeiros, decorrentes da isenção fiscal a que faziam jus. Para todas as organizações consideradas, foram acrescidos os recursos utilizados em atendimento médico ambulatorial ou hospitalar nas suas unidades (transplantes de órgãos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes, caracterizando recursos assistenciais de prestação de serviços gratuitos nas Organizações 1, 2, 3 e 4 e de atendimento a pacientes SUS, em outras unidades da Organização 5).

No período de estudo, a aproximação aos gestores do SUS aconteceu em todas as Organizações, traduzida pelo desenvolvimento de parcerias público-privadas, por meio de acordos com os secretários de Saúde do Estado e/ou Município de São Paulo. A aproximação com o Ministério da Saúde aconteceu com os Hospitais que seriam nomeados de Excelência (Organizações 1, 2, 3 e 4), para a elaboração do Decreto Nº 5895/2006.

As Organizações 1, 2, 3 e 4 prepararam-se para estratégias emergentes a partir da promulgação do Decreto Lei 5895/2006 e seqüencialmente da Medida Provisória 446/2008. Estes diplomas legais passaram a exigir que o equivalente ao valor da isenção fiscal fosse aplicado no crescimento institucional do SUS. Nesta nova situação, as organizações estão se adaptando para manter a aplicação de 30 % dos seus recursos em projetos assistenciais já existentes, e o restante em atividades de

ensino e pesquisa, de capacitação técnica e tecnológica e de gestão de projetos vinculados ao Ministério da Saúde para o crescimento e desenvolvimento institucional do SUS.

A Organização 5, estrategicamente manteve a prestação de 60% dos seus serviços ao SUS, por meio de outras unidades que compõem a sua associação, mas já estava sentindo a ameaça da Medida Provisória 446/2008 em querer atribuir a obtenção ou manutenção dos Certificados de Filantropia por áreas de atuação (Saúde, Educação ou Assistência Social) o que poderia inviabilizar a Associação .

A Filantropia é uma estratégia de sobrevivência apenas para a Organização 5, que não conseguiria sustentar os seus projetos assistenciais de prestação de serviços ao SUS, de atendimento social e nem de educação, caso perdesse o Certificado de Filantropia e conseqüentemente a isenção fiscal.

As demais Organizações não entendem a Filantropia como estratégia de sobrevivência para elas, mas com a perda do Certificado teriam que rever as suas participações em projetos assistenciais.

Todas as Organizações estudadas ressaltaram que a Filantropia, no sentido etimológico do termo, sempre fez parte das suas ações e estratégias. No entanto, estas ações não são suficientes para justificar o Certificado de Entidade Beneficente. Para os entrevistados, em todas as organizações, ter ou não ter o certificado é secundário a suas vocações.

Como as Organizações estudadas são vistas como Hospitais Privados que atendem a medicina suplementar, e normalmente não atendem os usuários do SUS em suas estruturas, não conseguem justificar os Certificados de Filantropia baseados somente em suas condições de filantrópicos original.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, J. Adaptative Strategies of Nonprofit Human Service Organization in an Era of Devolution and New Public Management. *Nonprofit Management and Leadership*, v.10, n.3, p. 287-303, 2000.
- ASHLEY, P.A., COUTINHO, R.B.G, TOMEI, P.A. Anais do Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, Área Organizações, p.1-12, 2000.
- BEGHIN, N. *A filantropia empresarial: nem caridade, nem direito*. São Paulo: Cortez, 2005.
- BORGES, J. F. et al. O discurso das fundações corporativas: caminhos de uma “nova” filantropia? *Revista de Administração de Empresas*, v. 47, n. 4 , p. 101-115, 2007.
- BRASIL, 1995 (artigo 199, capítulo II a Seguridade Social).
- CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2007. [www.datasus.datasus.php](http://www.datasus.datasus.php) . Acesso em 01/03/2009.
- CHILD, J. Organization structure, environment and performance. *Sociology* , v. 6, p. 12-27, 1972.
- CHILD, J., SMITH, C. The context and process of organizational transformation: Cadbury Limited in its sector. *Journal of Management Studies*. V.24, n.6, p.565-593, 1987.
- CONFEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS DO BRASIL. Disponível em: [www.cmb.org.br](http://www.cmb.org.br). Acesso em 26/12/2008.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9ª EDIÇÃO, v. 2, Brasil, Ministério da Saúde, 1992.
- CHRISTENSEN, C.R. et al. *Business Policy: Text and Cases* (5th edition), Homewood: Irwin, 1982.
- DRUCKER, P.F. Administração de Organizações Sem Fins Lucrativos: Princípios e Práticas (2ª Ed). São Paulo: Ed. Pioneira, 1994.
- DRUCKER, P.F. Lessons for Succesful Nonprofit Governance. *Nonprofit Management & Leadership*, v.1, n.1, p.7-14, 1990.
- DURST, S.C. Informações do ambiente externo em organizações do Terceiro Setor: estudos e aplicações das configurações em rede no campo da ciência da

informação. Anais do Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, Brasil, V.27, 2003.

EISENHARDT, K.M. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*. v.14, n.4, 1989.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, v. 14, p.532-550, 2001.

FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FROST, P. J. Power, politics and influence. In: JABLIN, E., PUTNAM, L., ROBERTS, K. & PORTER, L. (Eds) *Handbook of organizational communication*. Newbury Park, CA: Sage, 1987.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS – ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO, BIBLIOTECA KARL A. BOEDECKER. Normas para apresentação de monografia, 6 ed., São Paulo, 2008.

GERSCHMAN, S. et al. Estudo d satisfação dos beneficiaries e plano de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 487-500, 2007.

HALL, R.H. *Organizações estrutura e processos*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.

HERSEN, M., BARLOW, D.H. Single case experimental designs. *Strategies for studying behavior*. New York: Pergamon, 1976.

JOIA, L. A. Measuring intangible corporate assets: linking business strategies with intellectual capital. *Journal of Intellectual Capital*, v. 1, n. 1, p. 68-84, 2000.

JOIA, L.A. Geracao de modelos teoricos a partir de estudos de casos multiplos: da teoria à pratica. In *Pesquisa Qualitativa em administração*, Vieira, M.M.F., Zouain, D.M. 2ª ed FGV Ed. 2006.

LIMA, S. M. L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p.1249-1261, 2004.

LIMA, S. M. L. et al. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, 2007.

MARINHO, A. Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro, IPEA, 2004 (TEXTO PARA DISCUSSÃO N°1.0 41/2004).

MATOS, C. A., POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre o prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8,n.2, p.629-643, 2003.

MESTRINER, M. L. *O estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo, Cortez, 2001.

MINTZBERG, H. Patterns in Strategy Formation. *Management Science*, v.24, n.9, p.934-948, 1978.

MINTZBERG, H, WATERS, J.A. Tracking Strategy in an Entrepreneurial Firm. *Academy of Management Journal*, v.25, n. 3, p. 465-499, 1982.

MINTZBERG, H, WATERS, J.A. Of strategies, Deliberate and Emergent. *Strategic Management Journal*, v.6, n.3, p. 257-272, 1985.

MINTZBERG, H. & MC HUGH, A. Strategy Formation In an Adhocracy. *Administrative Science Quarterly*, v.30, n.2, p. 160-197, 1985.

MINTZBERG, H. A Criação Artesanal da Estratégia. In C. A. Montgomery & M. E. PORTER (1998). *Estratégia: a Busca da Vantagem Competitiva*, 3ª Ed., p 419-437, Rio de Janeiro: Campus, 1987.

MINTZBERG, H. Learning 1, Planning ) Reply to Igor Ansoff. *Strategic Management Journal*, v.12, n.6, p.463-466, 1991.

MINTZBERG, H, AHLSTRAND, B. & LAMPEL, J. *Safári de Estratégia: Um Roteiro pela Selva do Planejamento Estratégico*. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2000.

MINTZBERG, H. ET AL. *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MORRA, L. FRIEDLANDER, A. C. *Case study evaluations*. Washington DC: World Bank, 1999.

NATIONAL PHILANTROPIC TRUST, Publicação eletrônica, Disponível em: [http://www.nptrust.org/philanthropy/history\\_philanthropy.asp](http://www.nptrust.org/philanthropy/history_philanthropy.asp). 2007. Acesso em 09.02.2009.

Organization Mundial de la Salude. Comitê de expertos em organization de la assistência medica. Funcion de los hospitales em los programas de proteccion de la salute. Ser. Inf. Tecn, v. 122, n. 4, 1957.

PATTON, M. Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3 rd. ed., p. 193, 2005.

PEREIRA, C. O. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Ministério da Saúd. ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov/portal/site/biblioteca/biblioteca>, 2004. Acesso em 14.02.2009.

PETTIGREW, A.M. Examining change in the long-term context of culture and politics. In PENNINGS, J. M. ET AL. *Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions*. San Francisco : Jossey-Bass, p.269-318, 1985.

PETTIGREW, A. M., FERLIE, E., MCKEE, L. *Shaping strategic change: making change in large organization*, London: SAGE, 1992.

PETTIGREW, A.M. A cultura das Organizações é administrável? In FLEURY, M.T.L., FISCHER, R.M.. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas, 2007.

PLATT, J. What can case study do? In: BURGESS, R.G. *Studies in Qualitative Methodology: a research annual*. Londres: JAI Press, v.1, 1999.

PORTELA, M. C. et al. Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. *RAP : revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p.79-98, mar./abr. 2000.

PORTELA, M. C. et al. *Hospitais filantrópicos no Brasil*, BNDES, 3 volumes, 2002.

PORTELA, M. C. et al. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 6, p.811-818, 2004.

PROCACCI, G. *Gouverner la misère: la questions sociale em France – 1789/1848*. Paris, Seuil, 1993.

SANTERE, E. R.; NEUN, P. S. *Theories, insights and industry studies*. Revised Edition. Ohio, South-Ewestern: Thomson Learning, 2000.

SLOAN, F. Not for profit ownership and hospital behavior. In: CULYER, A.J., NEWHOUSE, J.P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, v. 1B. Amsterdam, The Netherlands; Elsevier-North-Holland, p. 1.141-1.174, 2000.

SMIRCICH, L., Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, v.28,n.3, p.339-358H, 1983.

SPINK, M.J.P. & MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, SP. Editora Cortez, p. 41-63, 2000.

SPINK, M.J.P. & MENEGON, V.M. A Pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo, SP. Editora Cortez, p. 63-92, 2000.

SUNDFELD, C. A. Debates jurídicos das Parcerias Público-Privadas. In: *DEBATES GVSAÚDE*, 2006, São Paulo. Debates GVSaúde. São Paulo: 2006.

UGA, M. A. et al. Uma análise das operadoras de planos próprios de saúde dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 157-168, 2008.

WERNERFELT, B. A. A Resource-Based View of the firm. *Strategic Management Journal*, v. 5, p. 171-180, 1984.

WHITTINGTON, R. *O que é estratégia?* São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2002.

YOUNG, D. R. Organizational Identity in Nonprofit Organizations: Strategic and Structural Implications. *Nonprofit Management and Leadership*, v. 12, n. 2, p. 139-157, 2001.

YIN, R. K. Discovering the future of the case study method in evaluation research. *Evaluation Practice*, v. 15, p. 283-290, 1994.

YIN, R. K. *Estudo de caso – Planejamento e métodos*. Tradução Daniel Grassi, 2 ed., Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

### ANEXO I – DECRETO 752 DE 16 DE FEVEREIRO DE 1993

#### DECRETO Nº 752, DE 16 DE FEVEREIRO DE 1993.

Revogado pelo Decreto nº 2.536, de 6.4.1998

Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, a que se refere o art. 55, inciso II, da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição,

#### *DECRETA:*

Art. 1º Considera-se entidade beneficente de assistência social, para fins de concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, de que trata o art. 55, inciso II, da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, a instituição beneficente de assistência social, educacional ou de saúde, sem fins lucrativos, que atue, precipuamente, no sentido de:

I - proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;

II - amparar crianças e adolescentes carentes;

III - promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência;

IV - promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde.

Art. 2º Faz jus ao Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a entidade beneficente de assistência social que demonstre, cumulativamente:

I - estar legalmente constituída no país e em efetivo funcionamento nos três anos anteriores à solicitação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos;

II - estar previamente registrada no Conselho Nacional de Serviço Social, de conformidade com o previsto na Lei nº 1.493, de 13 de dezembro de 1951;



III - aplicar integralmente, no território nacional, suas rendas, recursos e eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento dos objetivos institucionais;

IV - aplicar anualmente pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços e de bens não integrantes do ativo imobilizado, bem como das contribuições operacionais, em gratuidade, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições previdenciárias usufruída;

V - aplicar as subvenções recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;

VI - não remunerar e nem conceder vantagens ou benefícios, por qualquer forma ou título, a seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes;

VII - não distribuir resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto;

VIII - destinar, em caso de dissolução ou extinção da entidade, o eventual patrimônio remanescente a outra congênere, registrada no Conselho Nacional de Serviço Social, ou a uma entidade pública;

IX - não constituir patrimônio de indivíduo(s) ou de sociedade sem caráter beneficente.

1º O Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos somente será fornecido à entidade cuja prestação de serviços gratuitos seja atividade permanente e sem discriminação de qualquer natureza.

2º O Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos terá validade de três anos, permitida sua renovação, sempre por igual período, exceto quando cancelado em virtude de transgressão de norma que originou a concessão.

3º A entidade da área de saúde cujo percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde (SUS) seja, em média, igual ou superior a sessenta por cento do total realizado nos três últimos exercícios, fica dispensada na observância a que se refere o inciso IV deste artigo.

4º Estão dispensadas, também, da observância a que se refere o inciso IV deste artigo, as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos filiados à Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), por intermédio de suas federadas estaduais, bem como as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes) e demais entidades que prestem atendimento a pessoas portadoras de deficiência, filiadas à Federação Nacional das Apaes e desde que observam, ainda, o seguinte:

a) as entidades da área de saúde ofereçam, ao menos, sessenta por cento da totalidade de sua capacidade instalada ao Sistema Único de Saúde: internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais e exames ou sessões de SADT - Serviços Auxiliares de Diagnósticos e Tratamento, mediante ofício protocolado anualmente nos Conselhos Municipal ou Estadual de Saúde (CMS/CES);

b) as entidades que atendam pessoas portadoras de deficiência assegurem livre ingresso aos que solicitarem sua filiação como assistidos.

Art. 3º O Ministério da Previdência Social (MPS), através do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), celebrará, no prazo de noventa dias da publicação deste decreto, convênio com a Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), para o intercâmbio de informações de que trata o § 4º do art. 2º

Art. 4º As entidades resultantes de cisão ou desmembramento de entidades mantenedoras, reconhecidas como de utilidade pública federal e portadoras do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos há mais de três anos, terão este período de funcionamento computado para fins da demonstração exigida no art. 2º, inciso I.

Art. 5º Compete ao Conselho Nacional de Serviço Social julgar a condição de entidade de fins filantrópicos, observando as disposições deste decreto, bem como cancelar, a qualquer tempo, a validade do certificado, se verificado o não cumprimento dos requisitos estabelecidos nos arts. 1º e 2º deste decreto.

Parágrafo único. Das decisões do Conselho Nacional de Serviço Social caberá recurso ao Ministro de Estado do Bem-Estar Social, no prazo de sessenta dias, contados a partir da data da sua notificação à entidade.

Art. 6º O Conselho Nacional de Serviço Social baixará, no prazo de trinta dias a contar da publicação deste decreto, normas, indicando os documentos necessários à solicitação ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos.

Art. 7º Os dispositivos abaixo indicados, do Regulamento da Organização e do Custeio da Seguridade Social, aprovado pelo Decreto nº 612, de 21 de julho de 1992, passam a vigorar com a seguinte redação: ([Revogado pelo Decreto nº 2.173, de 1997](#))

"Art. 30.....

III - seja portadora do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos fornecido pelo Conselho Nacional de Serviço Social, renovado a cada três anos;

.....

4º O INSS verificará, periodicamente, se a entidade beneficente continua atendendo aos requisitos de que trata este artigo, aplicando em gratuidade, pelo menos, o equivalente à isenção de contribuições previdenciárias por ela usufruída, exceto no caso das Santas Casas e dos Hospitais filantrópicos filiados à Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB), por intermédio de suas federadas estaduais, bem como das Apaes e demais entidades que prestem atendimento a pessoas portadoras de deficiência, filiadas à Federação Nacional das Apaes.

.....

10. Para os fins previstos neste artigo, as entidades portadoras de Certificados de Entidade de Fins Filantrópicos, emitidos pelo Conselho Nacional de Serviço Social até 24 de julho de 1991, deverão renová-los até 25 de julho de 1994, conforme o inciso III.

.....

Art. 31.....

~~II - Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, expedido pelo Conselho Nacional de Serviço Social;~~

~~V - comprovante de entrega da declaração de isenção do Imposto de Renda de pessoa jurídica, fornecido pelo setor competente do Ministério da Fazenda;~~

~~1º O INSS despachará o pedido no prazo de trinta dias contados da data do protocolo.~~

~~Art. 32. A entidade beneficente de assistência social deverá, a cada três anos, requerer a renovação da isenção, como previsto no art. 31.~~

~~1º O requerimento deverá ser protocolizado até a data de expiração do prazo de validade do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, concedido pelo Conselho Nacional de Serviço Social.~~

~~2º A requerente instruirá o pedido com cópia autenticada do requerimento e protocolo do pedido de renovação do certificado, quando este não houver sido expedido até o prazo previsto no parágrafo anterior.~~

~~3º O Conselho Nacional de Serviço Social comunicará, mensalmente, ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), as decisões sobre deferimento ou indeferimento dos pedidos de concessão ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos.~~

~~Art. 33. A entidade beneficiada com a isenção cuja receita, durante o ano, for igual ou superior a 10.000.000 de Ufir (dez milhões de Unidades Fiscais de Referência) é obrigada a apresentar, anualmente, até 30 de abril, à Gerência Regional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) jurisdicionante de sua sede, relatório circunstanciado de suas atividades no exercício anterior, assim como as seguintes informações:~~

~~IV - descrição pormenorizada dos serviços de assistência social, educacional ou de saúde, prestados a menores, idosos, portadores de deficiência e pessoas carentes, mencionando a quantidade de atendimentos e os respectivos custos.~~

~~2º A entidade apresentará, ainda, as folhas de pagamento relativas ao período, bem como os respectivos documentos de arrecadação que comprovem o recolhimento das contribuições dos empregados ao INSS, além de outros documentos que possam vir a ser solicitados pela fiscalização.~~

~~3º Aplicam-se às entidades no exercício do direito à isenção todas as normas de arrecadação, fiscalização e cobrança de contribuições estabelecidas neste regulamento.~~

~~''~~

Art. 8º O Ministro de Estado do Bem-Estar Social poderá solicitar a outros órgãos da administração, a qualquer tempo, apoio para fiscalizar as atividades desenvolvidas pelas entidades portadoras do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos.

Art. 9º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de fevereiro de 1993; 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO  
Antônio Britto Filho  
Jutahy Magalhães Júnior

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. 17.2.1993

**ANEXO II – LEI Nº 8.742 DE 07 DE DEZEMBRO DE 1993 – LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – LOAS/93**

**LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.**

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CAPÍTULO I**

**Das Definições e dos Objetivos**

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Parágrafo único. A assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

## CAPÍTULO II

### Dos Princípios e das Diretrizes

#### SEÇÃO I

##### Dos Princípios

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

#### SEÇÃO II

##### Das Diretrizes

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

## CAPÍTULO III

### Da Organização e da Gestão

Art. 6º As ações na área de assistência social são organizadas em sistema descentralizado e participativo, constituído pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta lei, que articule meios, esforços e recursos, e

por um conjunto de instâncias deliberativas compostas pelos diversos setores envolvidos na área.

Parágrafo único. A instância coordenadora da Política Nacional de Assistência Social é o Ministério do Bem-Estar Social.

Art. 7º As ações de assistência social, no âmbito das entidades e organizações de assistência social, observarão as normas expedidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que trata o art. 17 desta lei.

Art. 8º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observados os princípios e diretrizes estabelecidos nesta lei, fixarão suas respectivas Políticas de Assistência Social.

Art. 9º O funcionamento das entidades e organizações de assistência social depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º A regulamentação desta lei definirá os critérios de inscrição e funcionamento das entidades com atuação em mais de um município no mesmo Estado, ou em mais de um Estado ou Distrito Federal.

§ 2º Cabe ao Conselho Municipal de Assistência Social e ao Conselho de Assistência Social do Distrito Federal a fiscalização das entidades referidas no caput na forma prevista em lei ou regulamento.

~~§ 3º A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade de fins filantrópicos junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).~~

~~§ 3º A inscrição da entidade no Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, é condição essencial para o encaminhamento de pedido de registro e de certificado de entidade beneficente de assistência social junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.~~  
(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001) (Revogado pela Medida Provisória nº 446, de 2008)

§ 4º As entidades e organizações de assistência social podem, para defesa de seus direitos referentes à inscrição e ao funcionamento, recorrer aos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

Art. 10. A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal podem celebrar convênios com entidades e organizações de assistência social, em conformidade com os Planos aprovados pelos respectivos Conselhos.

Art. 11. As ações das três esferas de governo na área de assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Art. 12. Compete à União:

I - responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no art. 203 da Constituição Federal;

II - apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito nacional;

III - atender, em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência.

Art. 13. Compete aos Estados:

I - destinar recursos financeiros aos Municípios, a título de participação no custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Estaduais de Assistência Social;

II - apoiar técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza em âmbito regional ou local;

III - atender, em conjunto com os Municípios, às ações assistenciais de caráter de emergência;

IV - estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social;

V - prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado.

Art. 14. Compete ao Distrito Federal:

I - destinar recursos financeiros para o custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidos pelo Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;

II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;

III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;

IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;

V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei.

Art. 15. Compete aos Municípios:

I - destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos auxílios natalidade e funeral, mediante critérios estabelecidos pelos Conselhos Municipais de Assistência Social;



II - efetuar o pagamento dos auxílios natalidade e funeral;

III - executar os projetos de enfrentamento da pobreza, incluindo a parceria com organizações da sociedade civil;

IV - atender às ações assistenciais de caráter de emergência;

V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei.

Art. 16. As instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de assistência social, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são:

I - o Conselho Nacional de Assistência Social;

II - os Conselhos Estaduais de Assistência Social;

III - o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;

IV - os Conselhos Municipais de Assistência Social.

Art. 17. Fica instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, cujos membros, nomeados pelo Presidente da República, têm mandato de 2 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período.

§ 1º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é composto por 18 (dezoito) membros e respectivos suplentes, cujos nomes são indicados ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, de acordo com os critérios seguintes:

I - 9 (nove) representantes governamentais, incluindo 1 (um) representante dos Estados e 1 (um) dos Municípios;

II - 9 (nove) representantes da sociedade civil, dentre representantes dos usuários ou de organizações de usuários, das entidades e organizações de assistência social e dos trabalhadores do setor, escolhidos em foro próprio sob fiscalização do Ministério Público Federal.

§ 2º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é presidido por um de seus integrantes, eleito dentre seus membros, para mandato de 1 (um) ano, permitida uma única recondução por igual período.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) contará com uma Secretaria Executiva, a qual terá sua estrutura disciplinada em ato do Poder Executivo.

§ 4º Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16 deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica.

Art. 18. Compete ao Conselho Nacional de Assistência Social:

I - aprovar a Política Nacional de Assistência Social;

II - normatizar as ações e regular a prestação de serviços de natureza pública e privada no campo da assistência social;

~~III - fixar normas para a concessão de registro e certificado de fins filantrópicos às entidades privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social;~~

~~IV - conceder atestado de registro e certificado de entidades de fins filantrópicos, na forma do regulamento a ser fixado, observado o disposto no art. 9º desta lei;~~

~~III - observado o disposto em regulamento, estabelecer procedimentos para concessão de registro e certificado de entidade beneficente de assistência social às instituições privadas prestadoras de serviços e assessoramento de assistência social que prestem serviços relacionados com seus objetivos institucionais; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001\)](#)~~

~~IV - conceder registro e certificado de entidade beneficente de assistência social; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001\)](#)~~

III - acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 446, de 2008\)](#)

IV - apreciar relatório anual que conterá a relação de entidades e organizações de assistência social certificadas como beneficentes e encaminhá-lo para conhecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e do Distrito Federal; [\(Redação dada pela Medida Provisória nº 446, de 2008\)](#)

V - zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social;

~~VI - convocar ordinariamente a cada 2 (dois) anos, ou extraordinariamente, por maioria absoluta de seus membros, a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema;~~

VI - a partir da realização da II Conferência Nacional de Assistência Social em 1997, convocar ordinariamente a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema; [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 26.4.1991\)](#)

VII - ([Vetado.](#))

VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;

IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais eqüitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias;

X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;

XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS);

XII - indicar o representante do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) junto ao Conselho Nacional da Seguridade Social;

XIII - elaborar e aprovar seu regimento interno;

XIV - divulgar, no Diário Oficial da União, todas as suas decisões, bem como as contas do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e os respectivos pareceres emitidos.

~~Parágrafo único. Das decisões finais do Conselho Nacional de Assistência Social, vinculado ao Ministério da Assistência e Promoção Social, relativas à concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência Social, no prazo de trinta dias, contados da data da publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada, do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ou da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda. [\(Incluído pela Lei nº 10.684, de 30.5.2003\)](#) - [\(Revogado pela Medida Provisória nº 446, de 2008\)](#)~~

Art. 19. Compete ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social:

I - coordenar e articular as ações no campo da assistência social;

II - propor ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) a Política Nacional de Assistência Social, suas normas gerais, bem como os critérios de prioridade e de elegibilidade, além de padrões de qualidade na prestação de benefícios, serviços, programas e projetos;

III - prover recursos para o pagamento dos benefícios de prestação continuada definidos nesta lei;

IV - elaborar e encaminhar a proposta orçamentária da assistência social, em conjunto com as demais da Seguridade Social;

V - propor os critérios de transferência dos recursos de que trata esta lei;

VI - proceder à transferência dos recursos destinados à assistência social, na forma prevista nesta lei;

VII - encaminhar à apreciação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) relatórios trimestrais e anuais de atividades e de realização financeira dos recursos;

VIII - prestar assessoramento técnico aos Estados, ao Distrito Federal, aos Municípios e às entidades e organizações de assistência social;

IX - formular política para a qualificação sistemática e continuada de recursos humanos no campo da assistência social;

X - desenvolver estudos e pesquisas para fundamentar as análises de necessidades e formulação de proposições para a área;

XI - coordenar e manter atualizado o sistema de cadastro de entidades e organizações de assistência social, em articulação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal;

XII - articular-se com os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e previdência social, bem como com os demais responsáveis pelas políticas sócio-econômicas setoriais, visando à elevação do patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas;

XIII - expedir os atos normativos necessários à gestão do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS);

XIV - elaborar e submeter ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) os programas anuais e plurianuais de aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

## CAPÍTULO IV

Dos Benefícios, dos Serviços, dos Programas e dos Projetos de Assistência Social

### SEÇÃO I

#### Do Benefício de Prestação Continuada

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

~~§ 1º Para os efeitos do disposto no caput, entende-se por família a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.~~

§ 1º Para os efeitos do disposto no **caput**, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto. [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

§ 5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.

~~§ 6º A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social.~~

~~§ 7º Na hipótese de não existirem serviços credenciados no Município de residência do beneficiário, fica assegurado o seu encaminhamento ao Município mais próximo que contar com tal estrutura.~~

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura. [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

§ 8º A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido. [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

Art. 21. O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no caput, ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização.

## SEÇÃO II

### Dos Benefícios Eventuais

Art. 22. Entendem-se por benefícios eventuais aqueles que visam ao pagamento de auxílio por natalidade ou morte às famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 1º A concessão e o valor dos benefícios de que trata este artigo serão regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

§ 2º Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a criança, a família, o idoso, a pessoa portadora de deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% (vinte e cinco por cento) do salário mínimo para cada criança de até 6 (seis) anos de idade, nos termos da renda mensal familiar estabelecida no caput.

## SEÇÃO III

### Dos Serviços

Art. 23. Entendem-se por serviços assistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei.

~~Parágrafo único. Na organização dos serviços será dada prioridade à infância e à adolescência em situação de risco pessoal e social, objetivando cumprir o disposto no [art. 227 da Constituição Federal](#) e na [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#).~~

Parágrafo único. Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: [\(Redação dada pela Lei nº 11.258, de 2005\)](#)

I – às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no [art. 227 da Constituição Federal](#) e na [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#); [\(Incluído pela Lei nº 11.258, de 2005\)](#)

II – às pessoas que vivem em situação de rua. [\(Incluído pela Lei nº 11.258, de 2005\)](#)

## SEÇÃO IV

### Dos Programas de Assistência Social

Art. 24. Os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais.

§ 1º Os programas de que trata este artigo serão definidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social, obedecidos os objetivos e princípios que regem esta lei, com prioridade para a inserção profissional e social.

§ 2º Os programas voltados ao idoso e à integração da pessoa portadora de deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta lei.

## SEÇÃO V

### Dos Projetos de Enfrentamento da Pobreza

Art. 25. Os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social.

Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

## CAPÍTULO V

### Do Financiamento da Assistência Social

Art. 27. Fica o Fundo Nacional de Ação Comunitária (Funac), instituído pelo [Decreto nº 91.970, de 22 de novembro de 1985](#), ratificado pelo Decreto Legislativo nº 66, de 18 de dezembro de 1990, transformado no Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Art. 28. O financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos nesta lei far-se-á com os recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, das demais contribuições sociais previstas no [art. 195 da Constituição Federal](#), além daqueles que compõem o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

§ 1º Cabe ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social gerir o Fundo Nacional de

Assistência Social (FNAS) sob a orientação e controle do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

§ 2º O Poder Executivo disporá, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da data de publicação desta lei, sobre o regulamento e funcionamento do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Art. 28-A. Constitui receita do Fundo Nacional de Assistência Social, o produto da alienação dos bens imóveis da extinta Fundação Legião Brasileira de Assistência. [\(Incluído pela Medida Provisória nº 2.187-13, de 2001\)](#)

Art. 29. Os recursos de responsabilidade da União destinados à assistência social serão automaticamente repassados ao Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), à medida que se forem realizando as receitas.

Parágrafo único. Os recursos de responsabilidade da União destinados ao financiamento dos benefícios de prestação continuada, previstos no art. 20, poderão ser repassados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social diretamente ao INSS, órgão responsável pela sua execução e manutenção. [\(Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

Art. 30. É condição para os repasses, aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal, dos recursos de que trata esta lei, a efetiva instituição e funcionamento de:

I - Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil;

II - Fundo de Assistência Social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social;

III - Plano de Assistência Social.

Parágrafo único. É, ainda, condição para transferência de recursos do FNAS aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social, a partir do exercício de 1999. [\(Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

## CAPÍTULO VI

### Das Disposições Gerais e Transitórias

Art. 31. Cabe ao Ministério Público zelar pelo efetivo respeito aos direitos estabelecidos nesta lei.

Art. 32. O Poder Executivo terá o prazo de 60 (sessenta) dias, a partir da publicação desta lei, obedecidas as normas por ela instituídas, para elaborar e encaminhar projeto de lei dispondo sobre a extinção e reordenamento dos órgãos de assistência social do Ministério do Bem-Estar Social.



§ 1º O projeto de que trata este artigo definirá formas de transferências de benefícios, serviços, programas, projetos, pessoal, bens móveis e imóveis para a esfera municipal.

§ 2º O Ministro de Estado do Bem-Estar Social indicará Comissão encarregada de elaborar o projeto de lei de que trata este artigo, que contará com a participação das organizações dos usuários, de trabalhadores do setor e de entidades e organizações de assistência social.

Art. 33. Decorrido o prazo de 120 (cento e vinte) dias da promulgação desta lei, fica extinto o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), revogando-se, em consequência, os [Decretos-Lei nºs 525, de 1º de julho de 1938](#), e [657, de 22 de julho de 1943](#).

§ 1º O Poder Executivo tomará as providências necessárias para a instalação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e a transferência das atividades que passarão à sua competência dentro do prazo estabelecido no caput, de forma a assegurar não haja solução de continuidade.

§ 2º O acervo do órgão de que trata o caput será transferido, no prazo de 60 (sessenta) dias, para o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que promoverá, mediante critérios e prazos a serem fixados, a revisão dos processos de registro e certificado de entidade de fins filantrópicos das entidades e organização de assistência social, observado o disposto no art. 3º desta lei.

Art. 34. A União continuará exercendo papel supletivo nas ações de assistência social, por ela atualmente executadas diretamente no âmbito dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, visando à implementação do disposto nesta lei, por prazo máximo de 12 (doze) meses, contados a partir da data da publicação desta lei.

Art. 35. Cabe ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social operar os benefícios de prestação continuada de que trata esta lei, podendo, para tanto, contar com o concurso de outros órgãos do Governo Federal, na forma a ser estabelecida em regulamento.

Parágrafo único. O regulamento de que trata o caput definirá as formas de comprovação do direito ao benefício, as condições de sua suspensão, os procedimentos em casos de curatela e tutela e o órgão de credenciamento, de pagamento e de fiscalização, dentre outros aspectos.

Art. 36. As entidades e organizações de assistência social que incorrerem em irregularidades na aplicação dos recursos que lhes forem repassados pelos poderes públicos terão cancelado seu registro no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), sem prejuízo de ações cíveis e penais.

~~Art. 37. Os benefícios de prestação continuada serão concedidos, a partir da publicação desta lei, gradualmente e no máximo em até:~~

- ~~I — 12 (doze) meses, para os portadores de deficiência;~~
- ~~II — 18 (dezoito) meses, para os idosos.~~

Art. 37. O benefício de prestação continuada será devido após o cumprimento, pelo requerente, de todos os requisitos legais e regulamentares exigidos para a sua concessão, inclusive apresentação da documentação necessária, devendo o seu pagamento ser efetuado em até quarenta e cinco dias após cumpridas as exigências de que trata este artigo. [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

Parágrafo único. No caso de o primeiro pagamento ser feito após o prazo previsto no **caput**, aplicar-se-á na sua atualização o mesmo critério adotado pelo INSS na atualização do primeiro pagamento de benefício previdenciário em atraso. [\(Incluído pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

~~Art. 38. A idade prevista no art. 20 desta lei reduzir-se-á, respectivamente, para 67 (sessenta e sete) e 65 (sessenta e cinco) anos após 24 (vinte e quatro) e 48 (quarenta e oito) meses do início da concessão.~~

Art. 38. A idade prevista no art. 20 desta Lei reduzir-se-á para sessenta e sete anos a partir de 1º de janeiro de 1998. [\(Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998\)](#)

Art. 39. O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), por decisão da maioria absoluta de seus membros, respeitados o orçamento da seguridade social e a disponibilidade do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), poderá propor ao Poder Executivo a alteração dos limites de renda mensal per capita definidos no § 3º do art. 20 e caput do art. 22.

Art. 40. Com a implantação dos benefícios previstos nos arts. 20 e 22 desta lei, extinguem-se a renda mensal vitalícia, o auxílio-natalidade e o auxílio-funeral existentes no âmbito da Previdência Social, conforme o disposto na [Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.](#)

~~Parágrafo único. A transferência dos beneficiários do sistema previdenciário para a assistência social deve ser estabelecida de forma que o atendimento à população não sofra solução de continuidade.~~

§ 1º A transferência dos beneficiários do sistema previdenciário para a assistência social deve ser estabelecida de forma que o atendimento à população não sofra solução de continuidade. [\(Redação dada pela Lei nº 9.711, de 20.11.1998\)](#)

§ 2º É assegurado ao maior de setenta anos e ao inválido o direito de requerer a renda mensal vitalícia junto ao INSS até 31 de dezembro de 1995, desde que atenda, alternativamente, aos requisitos estabelecidos nos incisos I, II ou III do § 1º do [art. 139 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.](#) [\(Redação dada pela Lei nº 9.711, de 20.11.1998\)](#)

Art. 41. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 42. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 7 de dezembro de 1993, 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO  
*Jutahy Magalhães Júnior*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U de 8.12.1998

**ANEXO III – DECRETO Nº 2.536 DE 6 DE ABRIL DE 1998****DECRETO Nº 2.536, DE 6 DE ABRIL DE 1998.**Texto compilado

Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providência.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e de acordo com o disposto no inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993,

**DECRETA:**

~~Art. 1º – A concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, de que o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, obedecerá ao disposto neste Decreto.~~

Art. 1º A concessão ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, de que trata o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, obedecerá ao disposto neste Decreto. (Redação dada pelo Dec 3.504, de 13.06.2000)

Art. 2º - Considera-se entidade beneficente de assistência social, para os fins deste Decreto, a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue no sentido de:

I - proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;

II - amparar crianças e adolescentes carentes;

III - promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências;

IV - promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde;

V - promover a integração ao mercado de trabalho.

~~Art. 3º – Faz jus ao Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a entidade beneficente de assistência social que demonstre, nos três anos imediatamente anteriores ao requerimento, cumulativamente:~~

~~— I – estar legalmente constituída no País e em efetivo funcionamento;~~

Art. 3º Faz jus ao Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a entidade beneficente de assistência social que demonstre, cumulativamente: (Redação dada pelo Decreto nº 4.499, de 4.12.2002)

I - estar legalmente constituída no País e em efetivo funcionamento nos três anos anteriores à solicitação do Certificado; [\(Redação dada pelo Decreto nº 4.499, de 4.12.2002\)](#)

II - estar previamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede se houver, ou no Conselho Estadual de Assistência Social, ou Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;

III - estar previamente registrada no CNAS;

IV - aplicar suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

V - aplicar as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;

VI - aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeira, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruída;

VII - não distribuir resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto;

VIII - não perceberem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalente remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;

IX - destinar, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, o eventual patrimônio remanescente a entidades congêneres registradas no CNAS ou a entidade pública;

X - não constituir patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social.

XI - seja declarada de utilidade pública federal. [\(Inciso incluído pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)

§ 1º O Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos somente será fornecido a entidade cuja prestação de serviços gratuitos seja permanente e sem qualquer discriminação de clientela, de acordo com o plano de trabalho de assistência social apresentado e aprovado pelo CNAS.

§ 2º O Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos terá validade de três anos, a contar da data da publicação no Diário Oficial da União da resolução de deferimento de sua concessão, permitida sua renovação, sempre por igual período,

exceto quando cancelado em virtude de transgressão de norma que regulamenta a sua concessão.

§ 3º Desde que tempestivamente requerida a renovação, a validade do Certificado contará da data do termo final do Certificado anterior.

~~§ 4º O disposto no inciso VI não se aplica à entidade da área de saúde, a qual, em substituição àquele requisito, deverá comprovar, anualmente, percentual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o Sistema Único de Saúde – SUS igual ou superior a sessenta por cento de total de sua capacidade instalada.~~

~~§ 5º O prazo de que trata o **caput** não se aplica às entidades que prestam, exclusivamente, assistência social a pessoas carentes e que tenham por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, o amparo a crianças e adolescentes, a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência ou a promoção de sua integração à vida comunitária, em relação às exigências dos incisos II e III deste artigo. [\(Parágrafo incluído pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)~~

~~§ 6º Não serão considerados os valores relativos a bolsas custeadas pelo Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES ou resultantes de acordo ou convenção coletiva de trabalho, para os fins do cálculo da gratuidade, de que trata o inciso VI deste artigo. [\(Parágrafo incluído pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)~~

~~§ 4º A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia, ou ser definido pelo Ministério da Saúde como hospital estratégico, a partir de critérios estabelecidos na forma de decreto específico. [\(Redação dada pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)~~

§ 4º A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia. [\(Redação dada pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

§ 5º O atendimento no percentual mínimo de que trata o § 4º pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da instituição. [\(Redação dada pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

~~§ 6º A declaração de hospital estratégico não é extensiva aos demais estabelecimentos da instituição. [\(Redação dada pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#) [\(Revogado pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)~~

§ 7º A instituição de saúde deverá informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, por meio de Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 8º A instituição de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial, deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, comprovar

anualmente a prestação destes serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 9º Quando a disponibilidade de cobertura assistencial da população pela rede pública de uma determinada área for insuficiente, os gestores do SUS deverão observar, para a contratação de serviços privados, a preferência de participação das entidades beneficentes de assistência social e as sem fins lucrativos. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 10. Havendo impossibilidade, declarada pelo gestor local do SUS, na contratação dos serviços de saúde da instituição no percentual mínimo estabelecido nos termos do § 4º ou do § 8º, deverá ela comprovar atendimento ao requisito de que trata o inciso VI, da seguinte forma: [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

I - integralmente, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a trinta por cento; [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

II - com cinquenta por cento de redução no percentual de aplicação em gratuidade, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a trinta por cento; ou [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

III - com setenta e cinco por cento de redução no percentual de aplicação em gratuidade, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a cinquenta por cento ou se completar o quantitativo das internações hospitalares, medido por paciente-dia, com atendimentos gratuitos devidamente informados por meio de CIH, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 11. Tratando-se de instituição que atue, simultaneamente, nas áreas de saúde e de assistência social ou educacional, deverá ela atender ao disposto no inciso VI, ou ao percentual mínimo de serviços prestados ao SUS pela área de saúde e ao percentual daquele em relação às demais. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 12. Na hipótese do § 11, não serão consideradas, para efeito de apuração do percentual da receita bruta aplicada em gratuidade, as receitas provenientes dos serviços de saúde. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 13. O valor aplicado em gratuidade na área de saúde, quando não comprovado por meio de registro contábil específico, será obtido mediante a valoração dos procedimentos realizados com base nas tabelas de pagamentos do SUS. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

§ 14. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.327, de 8.8.2002\)](#)

~~§ 15. O prazo de que trata o caput não se aplica às entidades que prestam, exclusivamente, assistência social a pessoas carentes e que tenham por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, o amparo a~~



~~crianças e adolescentes, a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência ou a promoção de sua integração à vida comunitária, em relação às exigências dos incisos II e III deste artigo. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.381, de 17.9.2002\)](#) [\(Revogado pelo Decreto nº 4.499, de 4.12.2002\)](#)~~

§ 16. Não serão considerados os valores relativos a bolsas custeadas pelo Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES ou resultantes de acordo ou convenção coletiva de trabalho, para os fins de cálculo da gratuidade, de que trata o inciso VI deste artigo. [\(Incluído pelo Decreto nº 4.381, de 17.9.2002\)](#)

§ 17. A instituição de saúde poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no inciso VI do **caput** deste artigo ou no § 4º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, estabelecendo convênio com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação: [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;

II - capacitação de recursos humanos;

III - pesquisas de interesse público em saúde;

IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

§ 18. O Ministério da Saúde definirá, em portaria, os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas no § 17. [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

§ 19. O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída. [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

§ 20. O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento a ser definido em portaria ministerial. [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

§ 21. As instituições de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista no § 17 poderão complementar as atividades de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, não remunerados, ao SUS, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições: [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)



I - o valor previsto no **caput** não poderá ultrapassar trinta por cento do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais;

II - a instituição de saúde deverá apresentar, ao gestor local do SUS, plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor efetivamente despendido pela instituição;

III - a demonstração dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida mediante apresentação dos comprovantes necessários;

IV - as instituições conveniadas deverão informar a produção nos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial - SIA e SIH/SUS, com observação de não geração de créditos.

§ 22. A participação de instituições de saúde em projetos de apoio previstos no §

17 não poderá ocorrer em prejuízo de atividades assistenciais prestadas ao

SUS. [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

§ 23. O conteúdo e o valor das atividades desenvolvidas em cada projeto de apoio ao desenvolvimento institucional e de prestação de serviços ao SUS deverão ser objeto de relatórios semestrais, os quais serão encaminhados à área do Ministério da Saúde vinculada ao projeto de apoio e de prestação de serviços e ao CNAS, para fiscalização, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária e previdenciária. [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

§ 24. O CNAS, com o apoio dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, avaliará a correspondência entre o valor da isenção e o valor dos recursos despendidos pela instituição de saúde, com base na análise do custo contábil de cada projeto, considerando os valores de investimento e os componentes diretos e indiretos do referido custo. [\(Incluído pelo Decreto nº 5.895, de 8.8.2006\)](#)

Art . 4º - Para fins do cumprimento do disposto neste Decreto, a pessoa jurídica deverá apresentar ao CNAS, além do relatório de execução de plano de trabalho aprovado, pelo menos, as seguintes demonstrações contábeis e financeiras, relativas aos três últimos exercícios:

I - balanço patrimonial;

II - demonstração do resultado do exercício;

III - demonstração de mutação do patrimônio;

IV - demonstração das origem e aplicações de recursos;

V - notas explicativas.

Parágrafo único. Nas notas explicativas, deverão estar evidenciados o resumo das principais práticas contábeis e os critérios de apuração do total das receitas, das despesas, das gratuidades, das doações, das subvenções e das aplicações de recursos, bem como da mensuração dos gastos e despesas relacionados com a atividade assistencial, especialmente daqueles necessários à comprovação do disposto no inciso VI do art. 3º, e demonstradas as contribuições previdenciárias devida, como se a entidade não gozasse da isenção.

Art . 5º - O CNAS somente apreciará as demonstrações contábeis e financeiras, a que se refere o artigo anterior, se tiverem sido devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado junto aos Conselhos Regionais de Contabilidade.

~~§ 1º Estão desobrigadas da auditoria as entidades que tenham auferido em cada um dos três exercícios a que se refere o artigo anterior receita bruta igual ou inferior a R\$600.000,00 (seiscentos mil reais).~~

~~§ 2º Será exigida auditoria por auditores independentes registradas na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, quando a receita bruta auferida em qualquer dos três exercícios referidos no artigo anterior for superior a R\$1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais).~~

§ 1º Estão desobrigadas da auditoria as entidades que tenham auferido em cada um dos três exercícios a que se refere o artigo anterior receita bruta igual ou inferior a R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais). [\(Redação dada pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)

§ 2º Será exigida auditoria por auditores independentes registrados na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, quando a receita bruta auferida em qualquer dos três exercícios referidos no artigo anterior for superior a R\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil reais). [\(Redação dada pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)

§ 3º Os valores fixados nos parágrafos anteriores serão atualizados anualmente pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna, da Fundação Getúlio Vargas.

§ 4º O Ministério da Previdência e Assistência Social poderá determinar que as entidades referidas no § 1º obedeçam a plano de contas padronizado segundo critérios por ele definidos.

Art . 6º - Na auditoria a que se refere o artigo anterior, serão observadas as normas pertinentes do Conselho Federal de Contabilidade e, em particular, os princípios fundamentais de contabilidade e as norma de auditoria.

Art . 7º - Compete ao CNAS julgar a qualidade de entidade beneficente de assistência social, observando as disposições deste Decreto e de legislação específica, bem como cancelar, a qualquer tempo, o Certificado de Entidade de Fins

Filantrópicos, se verificado o descumprimento das condições e dos requisitos estabelecidos nos arts. 2º e 3º.

~~§ 1º Das decisões finais do CNAS caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social no prazo de trinta dias, contados da data de publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.~~

§ 1º Das decisões finais do CNAS caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social no prazo de dez dias, contados da data da publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; e das decisões do CNAS que não referendarem os atos da Presidência será interposto recurso **ex officio**, sem prejuízo de eventual recurso voluntário. [\(Redação dada pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)

§ 2º Qualquer Conselheiro do CNAS, os órgãos específicos dos Ministérios da Justiça e da Previdência e Assistência Social, o INSS, a Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda ou o Ministério Público poderão representar àquele Conselho sobre o descumprimento das condições e requisitos previstos nos arts. 2º e 3º, indicando os fatos, com suas circunstâncias, o fundamento legal e as provas ou, quando for o caso, a indicação de onde estas possam ser obtidas, sendo observado o seguinte procedimento:

I - recebida a representação, será designada relator, que notificará a empresa sobre o seu inteiro teor;

II - notificada, a entidade terá o prazo de trinta dias para apresentação de defesa e produção de provas;

III - apresentada a defesa ou decorrido o prazo sem manifestação da parte interessada, o relator, em quinze dias, proferirá seu voto, salvo se considerar indispensável a realização de diligências;

IV - havendo determinação de diligências, o relator proferirá o seu voto em quinze dias pós a sua realização;

V - O CNAS deliberará acerca do cancelamento do Certificado de Entidade do Fins Filantrópicos até a primeira sessão seguinte à apresentação do voto do relator, não cabendo pedido de reconsideração;

VI - da decisão poderá a entidade interessada ou o INSS interpor recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social no prazo de trinta dias, contados da data de publicação do ato no Diário Oficial da União.

§ 3º O CNAS e o INSS integrarão seus respectivos sistemas informatizados para intercâmbio permanente de dados relativos às entidades beneficentes de assistência social.

§ 4º O CNAS fornecerá mensalmente ao Ministério da Justiça e à Secretária da Receita Federal a relação das entidades que tiveram seus certificados cancelados.

Art . 8º - O INSS, por solicitação do CNAS, realizará diligência externa para suprir a necessidade de informação ou adotar providência que as circunstâncias assim recomendarem, com vistas à adequada instrução de processo de concessão ou manutenção do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, devendo esses órgãos manter permanente integração e intercâmbio de informações.

Art. 8º-A. As instituições que possuam Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos deverão afixar placa indicativa, em local visível, conforme modelo aprovado pelo CNAS, em que constem os seguintes dizeres: "Esta entidade tem Certificado de Fins Filantrópicos concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social, para prestar atendimento a pessoas carentes. [\(Artigo incluído pelo Dec 3.504, de 13.06.2000\)](#)

Art . 9º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, exceto o inciso VI do art. 3º, no que resultar ampliação do montante atualmente exigido, e o art. 5º, que entrarão em vigor a partir de 1º de julho de 1998.

Art . 10 - Revogam-se os [Decretos nºs 752, de 16 de fevereiro de 1993](#), e [1.038, de 7 de janeiro de 1994](#).

Brasília, 6 de abril de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO  
*José Cechin*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 7.4.1998

## ANEXO IV - DECRETO Nº 3.504 DE 13 DE JUNHO DE 2000

DECRETO Nº 3.504 - DE 13 DE JUNHO DE 2000 - DOU DE 14/6/2000

*Altera dispositivos do [Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998](#), que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#).*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da [Constituição](#), e de acordo com o disposto no inciso IV do art. 18 da [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#).

DECRETA:

**Art. 1º** O [Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998](#), passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 1º A concessão ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, de que trata o inciso IV do art. 18 da [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#), obedecerá ao disposto neste Decreto." (NR)

"Art.

3º

.....  
 .....  
 XI - seja declarada de utilidade pública federal.  
 .....

.....  
 § 5º O prazo de que trata o **caput** não se aplica às entidades que prestam, exclusivamente, assistência social a pessoas carentes e que tenham por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, o amparo a crianças e adolescentes, a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência ou a promoção de sua integração à vida comunitária, em relação às exigências dos incisos II e III deste artigo.

§ 6º Não serão considerados os valores relativos a bolsas custeadas pelo Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES ou resultantes de acordo ou convenção coletiva de trabalho, para os fins do cálculo da gratuidade, de que trata o inciso VI deste artigo." (NR)

"Art.

5º

.....  
 § 1º Estão desobrigadas da auditoria as entidades que tenham auferido em cada um dos três exercícios a que se refere o artigo anterior receita bruta igual ou inferior a R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais).

§ 2º Será exigida auditoria por auditores independentes registrados na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, quando a receita bruta auferida em qualquer dos três exercícios referidos no artigo anterior for superior a R\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil reais).

....." (NR)

"Art.

7º

.....  
 § 1º Das decisões finais do CNAS caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social no prazo de dez dias, contados da data da publicação do ato no Diário Oficial da União, por parte da entidade interessada ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; e das decisões do CNAS que não referendarem os atos da Presidência será interposto recurso **ex officio**, sem prejuízo de eventual recurso voluntário.

....." (NR)

"Art. 8º A. As instituições que possuam Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos deverão afixar placa indicativa, em local visível, conforme modelo aprovado pelo CNAS, em que constem os seguintes dizeres: "Esta entidade tem Certificado de Fins Filantrópicos concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social, para prestar atendimento a pessoas carentes." (NR)

**Art. 2º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de junho de 2000; 179º da Independência e 112º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**  
**Waldeck Ornélas**

**ANEXO V – RESOLUÇÃO Nº 177 DE 10 DE AGOSTO DE 2000****RESOLUÇÃO MPAS/CNAS Nº 177, DE 10 DE AGOSTO DE 2000 - DOU DE 24/08/2000**

***O PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CNAS, em reunião realizada no dia 10 de agosto de 2000, no uso da competência que lhe confere o inciso VIII do artigo 18 da [Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993](#) Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS,***

**RESOLVE:**

**Art. 1º** A concessão ou renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, a que se refere o inciso IV do artigo 18 da [Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993](#), obedecerá ao disposto nesta Resolução com base no Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998 e nas alterações contidas no [Decreto 3.504 de 13 de junho de 2000](#).

**Art. 2º** Considera-se entidade beneficente de assistência social, para os fins desta Resolução, a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue no sentido de:

- I - proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;
- II - amparar crianças e adolescentes carentes;
- III - promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação e pessoas portadoras de deficiências;
- IV - promover gratuitamente, assistência educacional ou de saúde;
- V - promover a integração ao mercado de trabalho;
- VI - promover o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica da Assistência Social e a defesa e garantia dos seus direitos.

**Art. 3º** O Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos somente poderá ser concedido ou renovado para entidade beneficente de assistência social que demonstre, nos três anos imediatamente anteriores ao requerimento, cumulativamente:

- I - estar legalmente constituída no País e em efetivo funcionamento;
- II - estar previamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede, se houver, ou no Conselho Estadual de Assistência Social, ou Conselho de Assistência Social do Distrito Federal;
- III - estar previamente registrada no CNAS;
- IV - seja declarada de utilidade pública federal. ( [Decreto 3.504 / 2000](#));
- V - constar em seu Estatuto Social, disposições que determinem que a entidade:

a) aplica suas receitas, rendas, rendimentos e o eventual resultado operacional integralmente no território nacional e na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

- b) aplica as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;
- c) não distribui resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela do seu patrimônio, sob nenhuma forma;
- d) não percebem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;
- e) destina, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, o eventual patrimônio remanescente a entidade congênere registrada no CNAS ou a entidade pública;
- f) não constitui patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social;

VI - aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos 20% (vinte por cento) da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruídas;

VII - as fundações particulares, que desenvolvam atividades previstas nos incisos de I a VI do artigo 2º, constituídas como pessoas jurídicas de direito privado, deverão apresentar seus contratos, atos constitutivos, estatutos ou compromisso inscritos junto ao Registro Civil de Pessoas Jurídicas, conforme o disposto no artigo 16 do [Código Civil](#) e devidamente aprovados pelo Ministério Público;

VIII - as fundações que desenvolvam atividades previstas nos incisos de I a VI do artigo 2º, constituídas como pessoas jurídicas de direito privado, instituídas pelos poderes públicos através de autorização legislativa, deverão comprovar que:

- a) não participam da diretoria, dos conselhos, do quadro de associados e de benfeitores pessoas jurídicas dos poderes públicos: federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal;
- b) as subvenções sociais, dotações orçamentárias ou quaisquer recursos recebidos dos poderes públicos: federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal não poderão ser destinados ao pagamento de pessoal;
- c) no caso de dissolução, o eventual patrimônio da Fundação seja destinado, de acordo com o art. 30 do [Código Civil](#), ao patrimônio de outra entidade com fins iguais ou semelhantes.
- d) atendam os demais requisitos previstos nesta Resolução.

§ 1º - A Entidade que desenvolve atividade educacional deverá comprovar gratuidade a que se refere o inciso VI do art. 3º desta Resolução, em gratuidade total, parcial e projetos de assistência social de caráter permanente;

§ 2º - Não serão considerados, para fins do cálculo da gratuidade, os valores relativos a bolsas custeadas pelo Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior FIES, ou resultantes de acordo ou convenção coletiva de trabalho; ([Decreto 3.504 / 2000](#));

§ 3º - As Entidades exclusivamente de Assistência Social, poderão solicitar



num mesmo processo o Registro e o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos;

§ 4º - O disposto no inciso VI do artigo 3º desta resolução, não se aplica à entidade da área de saúde, a qual, em substituição àquele requisito, deverá comprovar, anualmente, percentual de atendimento decorrentes de convênio firmado com Sistema Único de Saúde - SUS igual ou superior a sessenta por cento do total de sua capacidade instalada;

§ 5º - No caso de não ter sido atingido o percentual exigido no § 4º, poderão ser considerados para complementação daquele percentual, outros serviços prestados com recursos próprios da entidade, desde que apresentados através de ofício do gestor local do SUS.

**Art. 4º** São documentos necessários ao encaminhamento do pedido de concessão ou renovação de Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos:

I - requerimento/formulário fornecido pelo CNAS, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade, que deverá rubricar todas as folhas;

II - cópia autenticada do estatuto registrado no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, na forma da lei, com identificação do Cartório em todas as folhas e transcrição dos dados de registro no próprio documento ou em certidão.

III - cópia da ata de eleição dos membros da atual diretoria, devidamente registrada no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

IV - declaração de que a entidade mantenedora está em pleno e regular funcionamento, cumprindo suas finalidades estatutárias e da qual conste a relação nominal, com qualificação e endereço dos membros da atual Diretoria, assinado pelo presidente da entidade;

V - relatórios de atividades dos três exercícios anteriores ao da solicitação, assinados pelo representante legal da entidade, conforme modelo fornecido pelo CNAS;

VI - balanços patrimoniais dos três exercícios anteriores ao da solicitação, assinados pelo representante legal da entidade e por técnico registrado no Conselho Regional de Contabilidade;

VII - demonstrativos do resultado dos três exercícios anteriores ao da solicitação, assinados pelo representante legal da entidade e por técnico registrado no Conselho Regional de Contabilidade;

VIII - demonstração de mutação do patrimônio, das origens e aplicações de recursos dos três exercícios anteriores aos da solicitação, assinados pelo representante legal da entidade e por técnico registrado no Conselho Regional de Contabilidade;

IX - notas explicativas, evidenciando o resumo das principais práticas contábeis e os critérios de apuração do total das receitas, das despesas, das gratuidades, público alvo beneficiado com atendimento gratuito, doações, aplicações de recursos, bem como da mensuração dos gastos e despesas relacionadas com projetos assistenciais;

X - comprovante de inscrição, no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede, se houver, ou no Conselho estadual de Assistência Social, ou Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (da mantenedora e das mantidas);

XI - cópia autenticada e atualizada do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda, conhecido pela sigla de “CNPJ”, anteriormente designado por Cadastro Geral de Contribuintes “CGC” (da mantenedora e das mantidas);

XII - cópia da Declaração de Utilidade Pública Federal e respectiva certidão atualizada, fornecida pelo Ministério da Justiça.

§ 1º Em se tratando de fundação, a requerente deverá apresentar, além do previsto nos incisos I a XII deste artigo, os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da escritura de sua instituição, devidamente registrada no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, ou lei de sua criação;

b) comprovante da aprovação do estatuto, bem como de suas respectivas alterações, se houver pelo Ministério Público;

§ 2º O CNAS somente apreciará as demonstrações contábeis e financeiras, a que se referem os incisos VI a IX deste artigo, se tiverem sido devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade.

§ 3º Está desobrigada da auditoria contábil a entidade que tenha auferido em cada um dos três exercícios a que se refere o parágrafo anterior, receita bruta igual ou inferior a R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil Reais)

**Art. 5º** O Certificado de Entidade Fins Filantrópicos terá validade de três anos, permitida sua renovação, sempre por igual período, exceto quando cancelado em virtude de transgressão de norma que originou a concessão.

**Art. 6º** O Conselho Nacional de Assistência Social poderá cancelar, a qualquer tempo, o Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, se verificado o descumprimento dos requisitos estabelecidos pelo [Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998](#) e alterações contidas no [Decreto 3504 de 13 de junho de 2000](#), bem como do disposto nesta Resolução.

**Art. 7º** O Conselho Nacional de Assistência Social poderá baixar o processo em diligência, uma única vez, que deverá ser cumprida no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da data do Aviso de Recebimento - AR.

Parágrafo único. O não cumprimento do prazo estabelecido, no caput deste artigo, implicará no indeferimento do pedido.

**Art. 8º** Os pedidos de Certificados de Entidade de Fins Filantrópicos poderão ser apresentados via postal, ou diretamente no Conselho Nacional de Assistência Social.

**Art. 9º** O Conselho Nacional de Assistência Social julgará a solicitação da entidade e, no caso de indeferimento, caberá pedido de reconsideração ao próprio Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

§ 1º O pedido de reconsideração somente será acatado se apresentado no prazo de 10 (dez) dias, a contar da data de ciência da decisão e comprovada

através de Aviso de Recebimento - AR.

§ 2º Das decisões finais do CNAS caberá recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social no prazo de dez dias, contados da data de publicação do ato no Diário Oficial da União, apresentado pela entidade interessada ou pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

§ 3º O pedido de Recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social será apresentado no protocolo do Ministério da Previdência e Assistência Social, ou enviado pelo correio.

§ 4º Os recursos contra as decisões do Conselho Nacional de Assistência Social não terão efeito suspensivo.

**Art. 10º.** A requerente poderá solicitar vistas ao processo, desde que devidamente formalizada através de requerimento e procuração se for o caso, dirigida ao Presidente do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

**Art. 11º.** Qualquer Conselheiro do CNAS, os órgãos específicos dos Ministérios da Justiça e da Previdência e Assistência Social, o INSS, a Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda ou o Ministério Público, bem como os Conselhos Municipais e Estaduais de Assistência Social e o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal poderão representar ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS sobre o descumprimento das condições e requisitos previstos no Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, nas alterações contidas no [Decreto nº 3.504, de 13 de junho de 2000](#) e nesta Resolução, indicando os fatos, suas circunstâncias, o fundamento legal e as provas ou, quando for o caso, a indicação de onde estas possam ser obtidas, sendo observado o seguinte procedimento:

I - recebida a representação, será designado relator, que notificará a entidade sobre o seu inteiro teor;

II - notificada, a entidade terá o prazo de trinta dias para apresentação de defesa e produção de provas;

III - apresentada a defesa ou decorrido o prazo sem manifestação da parte interessada, o relator, em quinze dias, proferirá seu voto, salvo se considerar indispensável a realização de diligências;

IV - havendo determinação de diligência, o relator proferirá o seu voto em quinze dias após a sua realização;

V - o CNAS deliberará acerca do cancelamento do Certificado de Entidade de Fins filantrópicos até a primeira sessão seguinte à apresentação do voto do relator, não cabendo pedido de Reconsideração;

VI - da decisão poderá a entidade interessada ou o INSS interpor recurso ao Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social no prazo de dez dias, contados da data de publicação do ato no Diário Oficial;

**Art. 12º.** O Conselho Nacional de Assistência Social poderá solicitar ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS a realização de diligência externa para suprir a necessidade de informação ou adotar providências que as circunstâncias assim recomendarem, com vistas à adequada instrução do processo de concessão ou renovação do Certificado de Fins Filantrópicos.

**Art. 13º.** As entidades portadoras do Certificado de Entidade de Fins

Filantrópicos, deverão afixar placa indicativa, em local visível, conforme o modelo aprovado pelo CNAS.

**Art. 14º.** Não poderão ser incluídos como estabelecimentos mantidos pela requerente, entidades com personalidade jurídica própria, com inscrição independente no CNPJ (antigo CGC).

**Art. 15º.** A entidade portadora do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos fica dispensada da apresentação anual de relatórios e demonstrações contábeis ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, tendo em vista que a cada 3 (três) anos deverá formalizar novo processo de renovação do Certificado.

**Art. 16º.** As instituições constituídas em decorrência de desmembramento podem instruir seu pedido de registro e de concessão de Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, num mesmo processo, com os documentos próprios da entidade original;

**Art. 17º.** Os casos omissos ou duvidosos na interpretação desta Resolução serão resolvidos pelo Colegiado deste Conselho, aplicando-se os preceitos contidos na [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#)

**Art. 18º.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições contrárias e anteriores, em especial a [Resolução nº 32 do CNAS, de 24 de fevereiro de 1999](#).

---

(\*)Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O. nº 157-E, de 15/8/2000, Seção 1, págs. 9 e 10.

**MARCO AURÉLIO SANTULLO**  
**Presidente do Conselho**

**ANEXO VI – DECRETO Nº 4.327 DE 08 DE AGOSTO DE 2002**

***DECRETO Nº 4.327 - DE 8 DE AGOSTO DE 2002 - DOU DE 9/8/2002***

***Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS para instituições de saúde e altera o Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998.***

***O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto no inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993,***

**D E C R E T A :**

Art. 1º A instituição de saúde que, nos anos de 1998 a 2001, não tenha, exclusivamente, atingido o percentual de que trata o § 4º do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998, poderá ter seu Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS concedido ou renovado, desde que tenha nesse período cumprido o requisito de aplicação em gratuidade de que trata o inciso VI do art. 3º do citado Decreto nº 2.536, de 1998.

Parágrafo único. A decisão de indeferimento de pedido de concessão ou de renovação do CEAS, fundamentada exclusivamente na inobservância do disposto no § 4º do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998, poderá ser revista pelo Conselho Nacional de Assistência Social, desde que a instituição de saúde cumpra a condição estabelecida no caput e requeira a revisão no prazo de sessenta dias a contar da publicação deste Decreto.

Art. 2º O art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998, passa a vigorar com a seguinte alteração:

"Art. 3º .....

§ 4º A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no

percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia, ou ser definido pelo Ministério da Saúde como hospital estratégico, a partir de critérios estabelecidos na forma de decreto específico.

§ 5º O atendimento no percentual mínimo de que trata o § 4º pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da instituição.

§ 6º A declaração de hospital estratégico não é extensiva aos demais estabelecimentos da instituição.

§ 7º A instituição de saúde deverá informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, por meio de Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS.

§ 8º A instituição de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial, deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, comprovar anualmente a prestação destes serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento.

§ 9º Quando a disponibilidade de cobertura assistencial da população pela rede pública de uma determinada área for insuficiente, os gestores do SUS deverão observar, para a contratação de serviços privados, a preferência de participação das entidades beneficentes de assistência social e as sem fins lucrativos.

§ 10. Havendo impossibilidade, declarada pelo gestor local do SUS, na contratação dos

serviços de saúde da instituição no percentual mínimo estabelecido nos termos do § 4º ou do § 8, deverá ela comprovar atendimento ao requisito de que trata o inciso VI, da seguinte forma:

I - integralmente, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a trinta por cento;

II - com cinqüenta por cento de redução no percentual de aplicação em gratuidade, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a trinta por cento; ou

III - com setenta e cinco por cento de redução no percentual de aplicação em gratuidade, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a cinqüenta por cento ou se completar o quantitativo das internações hospitalares, medido por paciente-dia, com atendimentos gratuitos devidamente informados por meio de CIH, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte.

§ 11. Tratando-se de instituição que atue, simultaneamente, nas áreas de saúde e de assistência social ou educacional, deverá ela atender ao disposto no inciso VI, ou ao percentual mínimo de serviços prestados ao SUS pela área de saúde e ao percentual daquele em relação às demais.

§ 12. Na hipótese do § 11, não serão consideradas, para efeito de apuração do percentual da receita bruta aplicada em gratuidade, as receitas provenientes dos serviços de saúde.

§ 13. O valor aplicado em gratuidade na área de saúde, quando não comprovado por meio de registro contábil específico, será obtido mediante a valoração dos procedimentos realizados com base nas tabelas de pagamentos do SUS.

§ 14. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado."  
(NR)

Art. 3º O cumprimento do disposto neste Decreto não exclui a observância das demais condições e procedimentos estabelecidos no Decreto nº 2.536, de 1998.

Art. 4º Para o exercício de 2002, em substituição ao disposto no inciso VI do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998, a instituição de saúde poderá optar:

I - pela obrigação de comprovar percentual anual de atendimentos decorrentes de convênio firmado com o SUS igual ou superior a sessenta por cento do total de sua capacidade instalada;

II - pelo atendimento ao disposto no art. 1º deste Decreto; ou

III - pelo atendimento ao disposto nos §§ 4º a 14 do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998, com a redação dada por este Decreto.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de agosto de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDOHENRIQUECARDOSO

BarjasNegri

José Cechin



**ANEXO VII – DECRETO Nº 4.481 DE 22 DE NOVEMBRO DE 2002**

**DECRETO Nº 4.481 - DE 22 DE NOVEMBRO DE 2002 - DOU DE 25/11/2002 -  
Revogado**

**Revogado pelo [DECRETO Nº 4.588, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2003 - DOU DE 10/02/2003 - Revogado](#)**

*Revogado pelo [Decreto nº 4.588, de 7. 2.2003](#)  
Dispõe sobre os critérios para definição dos  
hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema  
Único de Saúde - SUS, e dá outras  
providências.*

***O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da [Constituição](#), e tendo em vista o disposto no art. 18, inciso IV, da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993,***

**DECRETA:**

**Art. 1º** São definidos como hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, aqueles que preencham, pelo menos, uma das condições abaixo relacionadas:

- I - ser hospital-geral que preste serviços ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, nos sistemas de alta complexidade que integrem pelo menos quatro grupos constantes do art. 2º deste Decreto, sendo um deles, obrigatoriamente, de realização de transplantes de órgãos;
- II - ser hospital-geral que disponha de pelo menos dois programas de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecidos pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, nos sistemas de alta complexidade que integrem pelo menos três grupos constantes do art. 2º deste Decreto;
- III - ser hospital especializado que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, e que comprove, anualmente, a prestação de serviços ao SUS em alta complexidade, medida por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento no sistema da sua especialidade;
- IV - ser hospital-geral ou especializado que preste serviço ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, e que comprove o enquadramento no Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Urgência e Emergência ou Geração de Alto Risco;

V - ser hospital-geral ou especializado que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa em uma das áreas abaixo identificadas, que preste serviço ao SUS, em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no mínimo de trinta por cento, e que seja reconhecido pelo Ministério da Saúde como centro de referência em uma das seguintes áreas:

- a) pesquisa, diagnóstico e tratamento da tuberculose;
- b) pesquisa, diagnóstico e tratamento da hanseníase; ou
- c) pesquisa, diagnóstico e tratamento da AIDS;

VI - ser hospital-geral que disponha de pelo menos um programa de ensino na área da saúde em nível de pós-graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação, desenvolva atividades de pesquisa na área da saúde, preste serviço ao SUS, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de trinta por cento, e que execute ações estratégicas na área da saúde, de interesse do gestor de sua jurisdição, devidamente formalizado, em termo de acordo, e homologado pelo Ministério da Saúde.

§ 1º No caso de hospitais beneficentes, havendo impossibilidade, declarada pelo gestor local do SUS, na contratação dos serviços de saúde da instituição nos percentuais mínimos estabelecidos nos incisos deste artigo, as entidades deverão completar o referido quantitativo das internações, medido por paciente-dia, com assistência gratuita devidamente informada por meio de Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, não financiados pelo SUS ou qualquer outra fonte.

§ 2º Para fins de comprovação da prestação de serviços em alta complexidade, medida por paciente-dia, a entidade poderá considerar atendimentos em outros níveis de complexidade prestados àqueles pacientes, desde que decorrentes do vínculo inicial objeto do atendimento no sistema de Alta Complexidade em que se encontra credenciado.

**Art. 2º** Os sistemas de alta complexidade de que trata o art. 1º são regulamentados pelo Ministério da Saúde e, para fins deste Decreto, são agrupados como segue:

- Grupo I - assistência cardiovascular de alta complexidade nível I ou II ou cirurgia endovascular de alta complexidade nível I ou II;
- Grupo II - oncologia de tipo I, II ou III;
- Grupo III - assistência a queimados;
- Grupo IV - cirurgia bariátrica;
- Grupo V - tratamento das lesões lábio palatais e implante coclear;
- Grupo VI - neurocirurgia de nível I, II ou III ou tratamento cirúrgico de epilepsia;
- Grupo VII - ortopedia de alta complexidade (em ombro, coluna, joelho, quadril, mão ou tumor ósseo);
- Grupo VIII - transplante de rim, rim e pâncreas ou pâncreas;
- Grupo IX - transplante de coração, fígado ou pulmão;
- Grupo X - transplante de medula óssea.

§ 1º A assistência prestada nos sistemas de alta complexidade de que trata o caput deste artigo deve compreender, além daquela hospitalar, o acompanhamento ambulatorial dos pacientes.

§ 2º No caso de prestação de serviços nos Grupos II e X, o percentual mínimo exigido de prestação de serviços ao SUS, também medida por paciente-dia, é reduzido para vinte por cento.

**Art. 3º** O hospital que se enquadrar nos critérios definidos no art. 1º deste Decreto será declarado, em ato do Ministro de Estado da Saúde, como hospital estratégico.

§ 1º A declaração de que trata o caput terá validade de um ano a contar de sua publicação, renovável, automaticamente, por igual período, desde que verificada a plena observância pelo hospital do disposto neste Decreto.

§ 2º A verificação do cumprimento dos critérios estabelecidos no art. 1º deste Decreto será efetivada, para fins de enquadramento da instituição de saúde como hospital estratégico, com base nas informações de cada hospital, disponíveis no cadastro do Ministério da Saúde.

§ 3º O Ministério da Saúde, pela sua Secretaria de Assistência à Saúde, poderá, a qualquer tempo, proceder à avaliação dos serviços, por intermédio de informações do gestor correspondente, inclusive mediante a verificação no local, com vistas ao cumprimento das exigências previstas neste Decreto.

§ 4º O Ministério da Saúde, com base no § 3º, tendo constatado o descumprimento das exigências previstas neste Decreto, que descaracterize a condição de hospital estratégico, adotará as providências cabíveis, conforme o caso, para a anulação ou revogação do ato declaratório.

§ 5º No caso do descumprimento das exigências, por parte do hospital beneficente, o Ministério da Saúde também notificará o Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.

**Art. 4º** Observado o disposto nos §§ 1º e 2º do art. 199 da Constituição Federal, os hospitais enquadrados como estratégicos terão prioridade no estabelecimento de parcerias, contratos, convênios, acordos técnicos e operacionais, financiamentos e outras medidas ou atividades voltadas para o incremento ou o aperfeiçoamento da capacidade assistencial do SUS.

Parágrafo único. O hospital beneficente que tenha sido declarado como estratégico em função do atendimento das condições estabelecidas no art. 1º deste Decreto somente fará jus ao recebimento do Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Benéficos sem fins Lucrativos com o Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS, nos termos do regulamento próprio do Ministério da Saúde, se, adicionalmente ao estabelecido neste Decreto, prestar serviço ao SUS em todas as áreas assistenciais de que disponha, medido por paciente-dia, no percentual mínimo de sessenta por cento.

**Art. 5º** A instituição de saúde que venha a ser declarada pelo Ministério da Saúde, até 31 de dezembro de 2002, como hospital estratégico nos termos deste Decreto e que no período de 1998 a 2001 não tenha, exclusivamente, atingido o percentual de que trata o § 4º do art. 3º do Decreto no 2.536, de 6

de abril de 1998, poderá ter seu Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS concedido ou renovado, mediante a comprovação, atestada pelo gestor de saúde local, de ter, nesse período, disponibilizado a ele a prestação de serviços ao SUS e realizado, efetivamente, serviços para o SUS ou serviços gratuitos relevantes para o Município ou para o Estado.

§ 1º Exclusivamente para a situação de que trata este artigo, o prazo de sessenta dias previsto no parágrafo único do art. 1º do Decreto no 4.327, de 8 de agosto de 2002, será contado a partir do dia 1º de janeiro de 2003.

§ 2º Aplicam-se, no que couber, as demais disposições constantes do [Decreto no 4.327, de 2002](#).

**Art. 6º** O Ministério da Saúde, quando julgar necessário, avaliará a situação cadastral dos hospitais e o cumprimento dos critérios estabelecidos por este Decreto, procedendo ao enquadramento das instituições hospitalares, quando couber, como hospital estratégico para o SUS.

**Art. 7º** Para manter o enquadramento como hospitais estratégicos para o SUS, além das obrigações previstas neste Decreto, os hospitais, independentemente de sua natureza, deverão informar ao Ministério da Saúde, por meio de CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS.

**Art. 8º** O hospital que não seja prestador de serviços ao SUS nas condições estabelecidas ou não conste do seu cadastro e que pretender habilitar-se como hospital estratégico deverá apresentar à Secretaria de Assistência à Saúde, até o dia 15 de dezembro de 2002, projeto de adequação do hospital, e respectivo cronograma de implementação em até um ano, contado da data de publicação deste Decreto, para sua habilitação aos sistemas de alta complexidade em que se dispõe a prestar serviços, acompanhado de documento fornecido pelo gestor correspondente do SUS, no qual assume o compromisso de contratação desses serviços de acordo com sua necessidade e capacidade de financiamento.

Parágrafo único. O hospital que cumprir as condições estabelecidas neste artigo receberá declaração de hospital estratégico, no primeiro ano, em caráter provisório, devendo, vencido esse prazo, para manter o reconhecimento, cumprir o disposto neste Decreto.

**Art. 9º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de novembro de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**  
**Barjas Negri**  
**José Cechin**

Este texto não substitui o publicado no DOU DE 25/11/2002.

**ANEXO VIII – DECRETO Nº 4.588 DE 07 DE FEVEREIRO DE 2003****DECRETO Nº 4.588 - DE 7 DE FEVEREIRO DE 2003 - DOU DE 10/2/2003**

*Revoga o [Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002](#), que dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.*

***O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da [Constituição](#),***

**DECRETA:**

**Art. 1º** Fica revogado o [Decreto nº 4.481, de 22 de novembro de 2002](#).

**Art. 2º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 7 de fevereiro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

***LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA***  
***Humberto Sergio Costa Lima***

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 10.2.2003

**ANEXO IX – DECRETO Nº 5.895 DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.**

**DECRETO Nº 5.895, DE 18 DE SETEMBRO DE 2006.**

Dá nova redação ao art. 3º do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e de acordo com o disposto no inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993,

**DECRETA:**

Art. 1º O art. 3º do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º .....

.....

§ 4º A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia.

.....

§ 17. A instituição de saúde poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no inciso VI do **caput** deste artigo ou no § 4º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, estabelecendo convênio com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação:

I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;

II - capacitação de recursos humanos;

III - pesquisas de interesse público em saúde;

IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

§ 18. O Ministério da Saúde definirá, em portaria, os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas no § 17.

§ 19. O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

§ 20. O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento a ser definido em portaria ministerial.

§ 21. As instituições de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista no § 17 poderão complementar as atividades de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, não remunerados, ao SUS, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições:

I - o valor previsto no **caput** não poderá ultrapassar trinta por cento do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais;

II - a instituição de saúde deverá apresentar, ao gestor local do SUS, plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor efetivamente despendido pela instituição;

III - a demonstração dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida mediante apresentação dos comprovantes necessários;

IV - as instituições conveniadas deverão informar a produção nos Sistemas de Informação Hospitalar e Ambulatorial - SIA e SIH/SUS, com observação de não geração de créditos.

§ 22. A participação de instituições de saúde em projetos de apoio previstos no § 17 não poderá ocorrer em prejuízo de atividades assistenciais prestadas ao SUS.

§ 23. O conteúdo e o valor das atividades desenvolvidas em cada projeto de apoio ao desenvolvimento institucional e de prestação de serviços ao SUS deverão ser objeto de relatórios semestrais, os quais serão encaminhados à

área do Ministério da Saúde vinculada ao projeto de apoio e de prestação de serviços e ao CNAS, para fiscalização, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária e previdenciária.

§ 24. O CNAS, com o apoio dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, avaliará a correspondência entre o valor da isenção e o valor dos recursos despendidos pela instituição de saúde, com base na análise do custo contábil de cada projeto, considerando os valores de investimento e os componentes diretos e indiretos do referido custo.” (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogado o [§ 6º do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998.](#)

Brasília, 18 de setembro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Jose Agenor Alvares da Silva*

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 19.9.2006.**



**ANEXO X – PORTARIA Nº 3.276 – MINISTÉRIO DA SAÚDE – 28 DE DEZEMBRO DE 2007.**

**PORTARIA Nº- 3.276, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2007**

Estabelece que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS deverão atender as etapas de habilitação e a apresentação de projetos.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINA, no uso de suas atribuições, e Considerando o disposto no Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998, alterado pelo Decreto nº- 5.895, de 18 de setembro de 2006, que dispõe sobre a concessão de Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº- 8.742, de 7 de dezembro de 1983;

Considerando as disposições estabelecidas no Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998, quanto à possibilidade de que as entidades beneficentes realizem projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS; e

Considerando a responsabilidade atribuída ao Ministério da Saúde pelo § 18 do art. 3º- do Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998, em definir os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento das excelências referentes a cada uma das áreas de atuação previstas no §17 do mencionado Decreto, resolve:

Art. 1º- Estabelecer que as instituições que optarem por desenvolver projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS atendam as etapas de habilitação e a da apresentação de projetos.

Art. 2º- Estabelecer as condições necessárias para fins de enquadramento no disposto nos §§ 17 e 18 do art. 3º- do Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998, de acordo com os itens a seguir:

I - instituições de saúde que desejem dar cumprimento aos requisitos previstos nos arts. 1º- e 3º- do Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998, com a realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS complementados ou não com a prestação de serviços hospitalares e ambulatoriais, conforme previsto, respectivamente, nos §§ 17, 21 e 22 do art. 3º- do referido Decreto;

II - instituições de saúde que estejam dispostas a, em estreita cooperação com os gestores do SUS, prestarem serviços de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS nas áreas de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público em saúde e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; e

III - possuir, em seu nível mais elevado, Certificado de Acreditação Hospitalar ou congêneres que ateste a qualidade dos serviços da instituição como um todo, emitido e em vigor, por entidade acreditadora independente, nacional ou internacional.

Parágrafo único. A metodologia de acreditação deve demonstrar que a instituição acreditada mantém processos permanentes e abrangentes de avaliação e Certificação da qualidade de seus serviços que envolvam, obrigatoriamente, as áreas de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público em saúde e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

Art. 3º- Definir, na forma do Anexo I a esta Portaria, o Modelo de Requerimento de Habilitação de Instituições de Saúde à apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS para fins de atendimento no disposto nos §§ 17 e 18 do art. 3º- do Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998.

§ 1º- Somente deverão preencher o Requerimento de que trata o caput deste artigo aquelas instituições de saúde que cumpram os quesitos estabelecidos no artigo 2º- desta Portaria.

§ 2º- O Requerimento devidamente preenchido, com a juntada do Certificado de que trata o item III do artigo 2º- desta Portaria e do respectivo Relatório Final de Avaliação da Instituição, deve ser protocolado junto à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, do Ministério da Saúde.

§ 3º- O Departamento de Atenção Especializada da SAS avaliará o requerimento, bem como a documentação apresentada emitindo parecer que recomende ou não a habilitação da instituição de saúde;

§ 4º- Após a emissão do parecer pelo DAE, o processo de habilitação será enviado ao Gabinete do Ministro/MS para deliberação do Ministro de Estado da Saúde.

§ 5º- A decisão do Ministro de Estado da Saúde será publicada no Diário Oficial da União.

§ 6º- As entidades que tiverem o pedido de habilitação indeferido poderão ingressar com recurso, diretamente ao Ministro de Estado da Saúde, em até 5 (cinco) dias úteis após a publicação do indeferimento.

Art. 4º- Estabelecer que as instituições de saúde que tenham obtido a habilitação de que trata o artigo 3º- desta Portaria estejam aptas à apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Serão admissíveis projetos, de execução direta e/ou indireta, em uma ou mais das seguintes áreas e respectivas subáreas, que envolvam:

I - na área de estudos de avaliação de incorporação de tecnologia: realização de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, revisão sistemática de bibliografia; meta-análise de estudos clínicos; estudos clínicos; desenvolvimento de pesquisas e tecnologias úteis ao Sistema Único de Saúde para fins de diagnóstico; tratamento ou controle de doenças e promoção da qualidade de vida, buscando impacto nos determinantes sociais da saúde;

II - na área de capacitação de recursos humanos: realização de cursos; seminários; palestras; formação e capacitação em serviços destinados à qualificação de profissionais de saúde/gestão de serviços, de acordo com as necessidades identificadas pelos gestores do SUS;

III - na área de pesquisas de interesse público em saúde: realização de pesquisas relacionadas à promoção e à recuperação da saúde e à prevenção de doenças e agravos; acompanhamento; avaliação; mensuração de resultados de políticas/programas/sistemas de saúde instituídos pelos gestores do SUS; e

IV - na área de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde: desenvolvimento e implantação de técnicas operacionais e de gestão de serviços de saúde vinculados ao SUS; e, eventualmente a assunção de sua operação, que tenham como objetivo a qualificação da gestão; da racionalização de custos e ampliação da eficiência operacional dos serviços e sistemas regionais, com o desenvolvimento de controle de doenças no âmbito populacional, avançando nas metodologias estruturadas em torno de metas em qualidade de vida e saúde, incluindo, se necessário, a compra de materiais e equipamentos requeridos para a melhor operação das áreas acima referidas bem como a efetivação de adequações físicas e de instalações necessárias a essas incorporações.

**Art. 5º-** Definir, na forma do Anexo II a esta Portaria, o Modelo de Apresentação de Projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS.

**§ 1º-** O Formulário de que trata o caput deste artigo deve ser integralmente preenchido e encaminhado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde contendo, obrigatoriamente:

I - descrição do objeto do projeto e sua aplicabilidade para fins do desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS;

II - valor do projeto;

III - plano de trabalho contendo descrição pormenorizada das atividades, a população-alvo, os recursos envolvidos como infra-estrutura, recursos humanos, tecnologia e outros e ainda o cronograma de execução e desembolso; e

IV - indicadores de desempenho e de avaliação de resultados.

**§ 2º-** Os projetos deverão estar em consonância com as ações e diretrizes prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde.

**§ 3º-** Na hipótese de o conjunto de atividades previstas nos projetos apresentados envolverem a prestação de serviços assistenciais, estes serviços deverão ser previamente pactuados com os respectivos gestores do SUS, sendo que os valores das atividades a serem desenvolvidas serão considerados como integrantes do valor global do projeto, nos termos do § 21 do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 1998.

§ 4º- Os serviços assistenciais necessários à execução dos projetos de desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do § 17 do art. 3º- do Decreto nº- 2536, de 1998, não serão considerados para fins do previsto no § 21 do referido Decreto.

Art. 6º- Estabelecer que os projetos deverão ser protocolados no Ministério da Saúde, dirigidos à Secretaria-Executiva, que promoverá, com o apoio das demais Secretarias, a adoção das medidas necessárias para a avaliação, emissão de pareceres e, ser for o caso, a celebração dos respectivos convênios/contratos.

§ 1º- A Secretaria-Executiva, naqueles projetos que estejam voltados, no todo ou em parte, ao desenvolvimento de atividades relacionadas diretamente aos gestores estaduais e municipais do SUS, deverá contar com o concurso destes gestores para avaliação e emissão de pareceres de mérito de áreas específicas dos projetos.

§ 2º- Os projetos deverão ser apresentados à Secretaria-Executiva até o dia 30 de março de cada ano.

§ 3º- A Secretaria-Executiva terá o prazo de até 60 (sessenta) dias para a emissão de seu parecer conclusivo.

§ 4º- Caso haja necessidade de esclarecimentos ou retificações nos projetos apresentados, o prazo para avaliação de trata o § 3º- deste artigo, poderá ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias.

Art. 7º- Estabelecer que, uma vez aprovados pela Secretaria-Executiva, os projetos apresentados com as respectivas documentações e pareceres deverão gerar a celebração de convênios/contratos, conforme estabelecido no § 17 do art. 3º- do Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998.

Parágrafo único. Os convênios de que trata o caput deste artigo, no decorrer de sua execução, poderão ser aditados para inclusão de atividades adicionais aos projetos aprovados, na medida do interesse do Ministério da Saúde e da disponibilidade e aquiescência da instituição de saúde conveniada.

Art. 8º- Estabelecer que a prestação de contas dos convênios de que trata o artigo 7º- desta Portaria, na forma estabelecida pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e de acordo com a legislação em vigor, deverá ser encaminhada e protocolada, semestralmente, junto à Secretaria-Executiva e junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, conforme estabelecido nos §§ 23 e 24, do art. 3º- do Decreto nº- 2.536, de 1998.

§ 1º- A prestação de contas, quando envolver a prestação de serviços - quer de apoio institucional, quer assistenciais, ao gestor estadual e/ou municipal do SUS, deverá vir ao Ministério da Saúde já com os termos de aceitação destes gestores para os serviços prestados e parecer conclusivo sobre a prestação de contas relativa a estes serviços.

§ 2º- A Secretaria-Executiva elaborará parecer a respeito da prestação de contas, podendo solicitar às demais Secretarias do Ministério que, se for o caso, elaborem seus pareceres conclusivos relativos à prestação de serviços que as envolvam.

§ 3º- Uma vez consolidados os pareceres em torno da Prestação de Contas, a Secretaria- Executiva adotara as providências necessárias para apoiar o Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS na avaliação desta Prestação de Contas.

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

MÁRCIA BASSIT LAMEIRO DA COSTA MAZZOLI

#### ANEXO I

Modelo de Requerimento

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO

REQUISITOS TÉCNICOS

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome:

Endereço:

Bairro: Município:

CEP: Fone: Fax:

e-mail:

CNPJ:

Presidente/Diretor:

II - REQUERIMENTO

A Direção da Instituição acima identificada vem requerer habilitação, em conformidade com as condições necessárias para o enquadramento no disposto nos §§ 17 e 18 do art. 3º- do Decreto nº- 2.536, de 6 de abril de 1998, estabelecidos no artigo 2º- da Portaria GM/MS nº- , de de dezembro de 2007, para a apresentação de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para tanto, faz-se necessário juntada das respectivas provas documentais, de acordo com o disposto no Anexo II da citada Portaria.

Local, de de 2008.

Nome e Assinatura do representante legal da Instituição

ANEXAR:

1. Certificado de Acreditação Hospitalar, ou congênere, em vigor  
Relatório Final de Avaliação da Instituição.

#### ANEXO II

Modelo de Apresentação de Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL DO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

I - INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome:

Endereço:

Bairro: Município:

CEP: Fone: Fax:

e-mail:

CNPJ: **No-** e Data da Portaria de Habilitação:

Presidente/Diretor:

## II- QUADROS RESUMO DOS PROJETOS

Valor da isenção por exercício:

Exercício Ano: Ano: Ano: Total (R\$)

Valor da isenção (R\$)

Valor total (R\$) do(s) projeto(s) segundo a área de atuação e o ano:

**Exercício** Ano: Ano: Ano: Total (R\$)

Área de Atuação

Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologia

Capacitação de Recursos Humanos

Pesquisas de Interesse Público em Saúde

Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde

Prestação de Serviços Assistenciais - Ambulatorial (\*)

Prestação de Serviços Assistenciais - Hospitalar (\*)

Sub-total

(\*) Nota: Observar o § 21 do Decreto **no-** 2.536, de 6 de abril de 1998.

## III - PROJETO

Notas:

a) preencher um formulário para cada projeto apresentado, para os itens abaixo, de acordo com a (s)

área (s) e respectiva (s) subárea (s) de atuação proposta(s); e

b) os projetos que estejam voltados, no todo ou em parte, ao desenvolvimento de atividades relacionadas

diretamente aos gestores estaduais e municipais do SUS, deverão ser por estes previamente avaliados e aprovados conforme § 2**o-** do artigo 4**o-** desta Portaria.

### 1 - ÁREA(S) E SUB-ÁREAS DE ATUAÇÃO

De acordo com o § 17 do art. 3**o-** do Decreto **no-** 2.536, de 6 de abril de 1998 e artigo 3**o-** , parágrafo

único desta Portaria, registrar a área de atuação pretendida.

No que se refere ao § 17:

( ) Estudos de Avaliação e Incorporação de Tecnologia:

( ) realização de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;

( ) revisão sistemática de bibliografia;

( ) meta-análise de estudos clínicos;

( ) estudos clínicos;

( ) desenvolvimento de pesquisas e tecnologias úteis ao Sistema Único de Saúde para fins de diagnóstico; e

( ) tratamento ou controle de doenças e promoção da qualidade de vida, buscando impacto nos determinantes sociais da saúde.

( ) Capacitação de Recursos Humanos:

( ) realização de cursos, seminários, palestras; e

( ) formação e capacitação em serviço destinados à qualificação de profissionais de saúde/gestão de serviços, de acordo com as necessidades identificadas pelos gestores do SUS.

( ) Pesquisas de Interesse Público em Saúde:

( ) realização de pesquisas relacionadas à promoção e à recuperação da saúde e à prevenção de doenças e agravos; e

( ) acompanhamento, avaliação, mensuração de resultados de políticas/programas/sistemas de saúde instituídos pelos gestores do SUS.

( ) Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde:

( ) desenvolvimento e implantação de técnicas operacionais e de gestão de serviços de saúde vinculados ao SUS e, eventualmente a assunção de sua operação, que tenham como objetivo a qualificação da gestão, racionalização de custos e ampliação da eficiência operacional dos serviços e sistemas regionais, com o desenvolvimento de controle de doenças no âmbito populacional, avançando nas metodologias estruturadas em torno de metas em qualidade de vida e saúde, podendo para tanto, inclusive, promover a compra de materiais e equipamentos necessários para a melhor operação das áreas acima referidas, bem como a efetivação de adequações físicas e de instalações necessárias a essas incorporações.

## 2 - INFORMAÇÕES DO PROJETO

1- Descrição do projeto, mencionando sua aplicabilidade no desenvolvimento institucional do SUS:

a) descrição do objeto;

b) justificativa da proposição;

c) objetivos;

d) metodologia;

e) período de execução:

Início: \_\_\_\_\_

Fim \_\_\_\_\_

f) resultados a serem atingidos, decorrentes da execução do objeto.

Em havendo ação complementar as atividades de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e

hospitalares, deverá ser anexado o Plano de Trabalho, de acordo com o item II, § 21, art. 3º- do Decreto

no- 2.536, de 6 de abril de 1998, homologado pelo Gestor SUS.

Nota: Observar os §§ 2º- e 4º- do artigo 4º- desta Portaria

2 - Valor do Investimento / recursos financeiros a ser aplicado ao projeto:

infra-estrutura:

estrutura física: R\$ \_\_\_\_\_

equipamentos: R\$ \_\_\_\_\_

serviços de terceiros - pessoa física: R\$ \_\_\_\_\_

serviços de terceiros - pessoa jurídica: R\$ \_\_\_\_\_

diárias: R\$ \_\_\_\_\_

passagens: R\$ \_\_\_\_\_

material de consumo: R\$ \_\_\_\_\_

Observar §§ 19 e 21 do art. 3º do Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, e o § 4º do artigo 4º desta

Portaria.

### 3 - PLANO DE TRABALHO

1 - Descrição pormenorizada quanto à:

infra-estrutura:

- recursos humanos;
- tecnologia;
- população alvo;
- área geográfica de abrangência do projeto; e
- demais informações consideradas pertinentes para análise da proposta.

2 - Cronograma de Execução: ordenação das metas especificadas, qualificadas e quantificadas em cada

etapa ou fase, segundo a unidade de medida pertinente, com previsão de início e fim.

Metas: quantificar e qualificar as partes constitutivas do objeto proposto e as atividades a serem

desenvolvidas com vistas ao resultado final a ser alcançado no prazo conveniado.

Etapas e fases: seqüência de cada uma das etapas ou fases em que se pode dividir a execução de uma meta.

3 - Cronograma de Desembolso: previsão de desembolso de recursos financeiros, em conformidade com a proposta de execução das metas, etapas e fases.

4 - Indicadores de desempenho e de avaliação de resultados: que permitam analisar as mudanças

decorrentes do resultado da execução do projeto nos serviços e na saúde da população.

Responsável pelas informações fornecidas:

- nome:
- cargo:
- fone para contato:
- e-mail:



## **ANEXO XI – PROJETO DE LEI Nº 3.021 DE 17 DE MARÇO DE 2008**

### **PROJETO DE LEI**

Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências.

**O CONGRESSO NACIONAL** decreta:

### **CAPÍTULO I**

#### **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nesta Lei.

Art. 2º É vedado às entidades de que trata o art. 1º dirigir suas atividades a público restrito, categoria ou classe, ou, ainda, visando ao benefício exclusivo de seus associados.

### **CAPÍTULO II**

#### **DA CERTIFICAÇÃO**

Art. 3º A certificação será concedida à entidade beneficente que demonstre, nos doze meses que antecederam ao do requerimento, o cumprimento do disposto nas Seções I, II e III deste Capítulo, de acordo com a respectiva área de atuação.

§ 1º O Ministério responsável pela área de atuação da entidade poderá autorizar que a demonstração do cumprimento do disposto no **caput** corresponda aos primeiros doze meses contidos nos dezoito meses que antecederem ao do requerimento, desde que devidamente justificado pela entidade.

§ 2º O período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata este artigo poderá ser reduzido se a entidade for prestadora de serviços conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS ou com o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em caso de necessidade local atestada pelo gestor do respectivo sistema.

## Seção I

### Da Saúde

Art. 4o Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia

2 Parágrafo único. O atendimento do percentual mínimo de que trata o **caput** pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da entidade, desde que não abranja outra entidade com personalidade jurídica própria que seja mantida pela entidade.

Art. 5o A entidade de saúde deverá ainda informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, na forma por ele estabelecida:

- I - a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS;
- II - a totalidade das internações realizadas para os pacientes usuários do SUS; e
- III - as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Art. 6o A entidade de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial deverá, em substituição ao requisito do art. 4o, comprovar anualmente a prestação desses serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento.

Art. 7o Quando a disponibilidade de cobertura assistencial da população pela rede pública de uma determinada área for insuficiente, os gestores do SUS deverão observar, para a contratação de serviços privados, a preferência de participação das entidades beneficentes de saúde e das sem fins lucrativos.

Art. 8o Na impossibilidade do cumprimento do percentual mínimo a que se refere o art. 4º na contratação dos serviços de saúde da entidade, declarada pelo gestor local do SUS, deverá ela comprovar a aplicação de um percentual da sua receita bruta em atendimento gratuito de saúde da seguinte forma:

- I - vinte por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a trinta por cento;
- II - dez por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a trinta e inferior a cinquenta por cento; ou
- III - cinco por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a cinquenta por cento, ou se completar o quantitativo das internações hospitalares, medido por paciente-dia, com atendimentos gratuitos devidamente informados de acordo com o disposto no art. 5o, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte.

Parágrafo único. Para os fins deste artigo, a entidade deverá comprovar o percentual de aplicação em gratuidade sobre a receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares.

Art. 9o O valor aplicado em gratuidade na área de saúde, quando não comprovado por meio de registro contábil específico e informado de acordo com o disposto no art.

5o, será obtido mediante a valoração dos procedimentos realizados com base nas tabelas de pagamentos do SUS.

Art. 10. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado.

Art. 11. A entidade de saúde poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4o, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação:

3

- I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;
- II - capacitação de recursos humanos;
- III - pesquisas de interesse público em saúde; ou
- IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

§ 1o O Ministério da Saúde definirá os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas neste artigo.

§ 2o O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

§ 3o O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento definido em ato do respectivo Ministro de Estado.

§ 4o As entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS, não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições:

- I - a complementação não poderá ultrapassar trinta por cento do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais;
- II - a entidade de saúde deverá apresentar, ao gestor local do SUS, plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido;
- III - a comprovação dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida, a qualquer tempo, mediante apresentação dos documentos necessários; e
- IV - as entidades conveniadas deverão informar a produção na forma estabelecida pelo Ministério da Saúde, com observação de não geração de créditos.

§ 5o A participação das entidades de saúde em projetos de apoio previstos neste artigo não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS.

§ 6o O conteúdo e o valor das atividades desenvolvidas em cada projeto de apoio ao desenvolvimento institucional e de prestação de serviços ao SUS deverão ser objeto de relatórios anuais, os quais serão encaminhados ao Ministério da Saúde para acompanhamento e fiscalização, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária.

Art. 12. A prestação de serviços de que trata o **caput** dos arts. 4o, 6o e 8o dar-se-á mediante a formalização de convênio com a definição de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas em plano operativo, conforme pactuação entre o gestor local do SUS e o responsável legal pela entidade.

## Seção II

### Da Educação

Art. 13. A certificação será concedida à entidade de educação que atenda ao disposto nos arts. 7o-B e 7o-C da Lei no 9.131, de 24 de novembro de 1995, e ao disposto nesta Seção.

4

Art. 14. Para os fins da concessão da certificação de que trata esta Lei, a entidade de educação deverá aplicar anualmente em gratuidade, na forma do § 1o, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, locação de bens, venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de contribuições sociais usufruída.

§ 1o Para o cumprimento do disposto no **caput**, a entidade deverá:

- I - oferecer, no mínimo, uma bolsa de estudo integral para cada nove alunos pagantes da educação básica; e
- II - oferecer bolsas parciais de cinquenta por cento, quando necessário para o alcance do percentual mínimo exigido.

§ 2o Para a entidade que atue na educação superior, ainda que também atue na educação básica ou em área distinta da educação, aplica-se o disposto no art. 10 da Lei no 11.096, de 13 de janeiro de 2005.

§ 3o Aplica-se o disposto no **caput** às turmas iniciais da creche, da pré-escola, do ensino fundamental e do ensino médio, em cada turno efetivamente instalado, a partir do primeiro processo seletivo posterior à publicação desta Lei.

Art. 15. Para os efeitos desta Lei, a bolsa de estudo refere-se às semestralidades ou anuidades escolares fixadas na forma da lei, vedada a cobrança de taxa de matrícula, custeio de material didático ou qualquer outro encargo.

§ 1o A bolsa de estudo integral será concedida a aluno cuja renda familiar mensal **per capita** não exceda o valor de um e meio salário-mínimo.

§ 2o A bolsa de estudo parcial será concedida a aluno cuja renda familiar mensal **per capita** não exceda o valor de três salários-mínimos.

Art. 16. Para fins da certificação a que se refere esta Lei, o aluno a ser beneficiado será pré-selecionado pelo perfil socioeconômico ou por outros critérios definidos pelo Ministério da Educação, na forma do regulamento.

§ 1º Os pais ou responsáveis pelos alunos beneficiários das bolsas de estudo de que trata esta Lei são legalmente responsáveis pela veracidade e autenticidade das informações socioeconômicas por eles prestadas ao Ministério da Educação.

§ 2º Compete à entidade de educação aferir as informações relativas ao perfil socioeconômico do candidato.

§ 3º As bolsas de estudo poderão ser canceladas, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade da informação prestada pelo bolsista ou seu responsável, ou de inidoneidade de documento apresentado.

Art. 17. É vedada qualquer discriminação ou diferença de tratamento entre alunos bolsistas e pagantes.

5

Art. 18. As entidades de educação que não tenham aplicado em gratuidade o percentual mínimo previsto no **caput** do art. 14 poderão, mediante justificativa fundamentada e decisão do Ministro de Estado da Educação, compensar o percentual devido no exercício imediatamente subsequente.

§ 1º Aplica-se o disposto neste artigo tão-somente às entidades que tenham aplicado em gratuidade, na forma do § 1º do art. 14, pelo menos dezessete por cento da receita bruta de que trata o **caput** desse artigo.

§ 2º A certificação será cancelada na hipótese de prática reiterada da compensação de que trata o **caput** em prazo inferior a três anos.

### Seção III

#### Da Assistência Social

Art. 19. A certificação será concedida à entidade de assistência social que presta serviços e ações gratuitos, continuados e planejados, sem qualquer discriminação e sem exigência de contrapartida do usuário, observado o disposto na Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Art. 20. Constituem ainda requisitos para a certificação das entidades de assistência social:

I - estar inscrita no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social ou no Conselho de

Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso, nos termos do art. 9º da Lei no 8.742, de 1993; e

II - integrar o cadastro nacional de entidades e organizações de assistência e promoção social de que trata o inciso XI do art. 19 da Lei no 8.742, de 1993.

§ 1º Quando a entidade de assistência social atuar em mais de um Município ou Estado, ou em quaisquer destes e no Distrito Federal, deverá inscrever suas atividades no Conselho de Assistência Social do respectivo Município de atuação ou do Distrito Federal, mediante a apresentação de seu plano ou relatório de atividades e do comprovante de inscrição no Conselho de sua sede ou de onde desenvolva suas principais atividades.

§ 2º Quando não houver Conselho de Assistência Social no Município, as entidades de assistência social deverão inscrever-se nos respectivos Conselhos Estaduais.

Art. 21. A comprovação do vínculo da entidade de assistência social à rede socioassistencial privada no âmbito do SUS é condição suficiente para a concessão da certificação.

## **Seção IV**

### **Da Concessão e do Cancelamento**

Art. 22. Os requerimentos de concessão da certificação das entidades beneficentes de assistência social serão apreciados pelos seguintes órgãos:

- I - Ministério da Saúde, quanto às entidades da área de saúde;
- II - Ministério da Educação, quanto às entidades educacionais; e
- III - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, quanto às entidades de assistência social.

6

§ 1º A entidade interessada na certificação deverá apresentar, juntamente com o requerimento, todos os documentos necessários à comprovação dos requisitos de que trata esta Lei, na forma do regulamento.

§ 2º A tramitação e apreciação do requerimento deverá obedecer a ordem cronológica de sua apresentação, salvo em caso de diligência pendente, devidamente justificada.

§ 3º O requerimento será apreciado no prazo a ser estabelecido em regulamento, observadas as peculiaridades do Ministério responsável pela área de atuação da entidade.

§ 4º A certificação será concedida por prazo não inferior a um ano e não superior a três anos, contado a partir da data de sua publicação.

Art. 23. Os órgãos referidos nos incisos I a III do art. 22 deverão zelar pelo cumprimento das condições que ensejaram a certificação da entidade como beneficente de assistência social, cabendo-lhes confirmar que tais exigências estão sendo atendidas quando da renovação do pedido de certificação.

Parágrafo único. O requerimento de renovação da certificação deverá ser protocolizado com antecedência mínima de seis meses do termo final de sua validade.

Art. 24. Constatada, a qualquer tempo, a inobservância de exigência estabelecida neste Capítulo, o Ministro de Estado competente promoverá o cancelamento da certificação concedida, que terá efeito a partir da publicação do respectivo ato, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

## **CAPÍTULO III**

## DA ISENÇÃO

### Seção I

#### Dos Requisitos

Art. 25. A entidade beneficente certificada na forma do Capítulo II fará jus à isenção do pagamento das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, desde que atenda, cumulativamente, aos seguintes requisitos:

I - seja constituída como pessoa jurídica nos termos do **caput** do art. 1o;

II - não percebam, seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;

III - aplique suas rendas, seus recursos e eventual superávit integralmente no território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

IV - preveja, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidades sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas;

V - não seja constituída com patrimônio individual ou de sociedade sem caráter beneficente;

VI - apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e à dívida ativa da União, certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS e de regularidade em face do Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal -CADIN;

7

VII - mantenha escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas, bem como os gastos despendidos nas gratuidades de forma segregada, em consonância com as normas e princípios contábeis emanados pelo Conselho Federal de Contabilidade;

XIII - não distribua resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto;

IX - aplique as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;

X - conserve em boa ordem, pelo prazo de dez anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem como os atos ou operações realizados que venham a modificar sua situação patrimonial;

XI - cumpra as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária; e

XII - zele pelo cumprimento de outros requisitos, estabelecidos em lei, relacionados com o funcionamento das entidades a que se refere este artigo.

Art. 26. A isenção de que trata esta Lei não se estende a entidade com personalidade jurídica própria constituída e mantida pela entidade à qual a isenção foi concedida.

## **Seção II**

### **Da Concessão e do Cancelamento**

Art. 27. A partir da publicação desta Lei, o direito à isenção das contribuições sociais poderá ser exercido pela entidade a contar da data da sua certificação pela autoridade competente, desde que atendidas as disposições da Seção I deste Capítulo.

Art. 28. Constatado o descumprimento pela entidade dos requisitos indicados na Seção I deste Capítulo, a fiscalização da Secretaria da Receita Federal do Brasil lavrará o auto de infração relativo ao período correspondente e relatará os fatos que demonstram o não atendimento de tais requisitos para o gozo da isenção.

§ 1º O lançamento terá como termo inicial a data da ocorrência da infração que lhe deu causa.

§ 2º O disposto neste artigo obedecerá ao rito processual do Decreto no 70.235, de 6 de março de 1972.

## **CAPÍTULO IV**

### **DOS RECURSOS E DA REPRESENTAÇÃO**

Art. 29. Caberá recurso:

- I - da decisão que indeferir o requerimento para concessão ou renovação de certificação; ou
- II - da decisão que cancelar a certificação.

Parágrafo único. O recurso será dirigido, de acordo com as competências definidas nos incisos I a III do art. 22, ao titular do respectivo Ministério, no prazo de até quinze dias a contar da datada publicação do ato correspondente.

Art. 30. Poderão representar ao Ministério competente, de modo circunstanciado, quando verificada irregularidade na atuação ou operação da entidade certificada:

8

- I - os usuários dos serviços prestados pela entidade;
- II - o Ministério Público;
- III - o gestor municipal ou estadual do SUS, de acordo com a sua condição de gestão, bem assim o gestor da educação municipal ou estadual; ou
- IV - a Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Parágrafo único. A representação será dirigida ao órgão que concedeu a certificação e conterá a qualificação do representante, a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação pertinente e demais informações relevantes para o esclarecimento do seu objeto.



Art. 31. Caberá ao Ministério competente:

I - dar ciência da representação à entidade, que terá o prazo de quinze dias para apresentação de defesa, assegurada a proteção da identidade do representante mencionado no inciso I do art. 30, quando por este solicitado ou quando julgado necessário pela autoridade competente; e

II - decidir sobre a procedência da representação, no prazo de trinta dias a contar da apresentação da defesa.

§ 1º Se improcedente a representação de que trata o inciso II, o processo será arquivado.

§ 2º Se procedente a representação de que trata o inciso II, a autoridade responsável deverá cancelar a certificação e dar ciência do fato à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

§ 3º O representante será cientificado das decisões de que tratam os §§ 1º e 2º.

## CAPÍTULO V

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 32. A entidade que atue em mais de uma das áreas apontadas no art. 1º fica obrigada a criar uma pessoa jurídica para cada uma delas, com número próprio no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ.

§ 1º Cada pessoa jurídica criada na forma do **caput** deverá apresentar requerimento próprio de certificação ao Ministério responsável pela sua área de atuação.

§ 2º As entidades em funcionamento na data da publicação desta Lei que não estiverem enquadradas nas disposições do **caput** deverão atender a tais exigências no prazo de doze meses a contar daquela data.

Art. 33. As representações e os pedidos de concessão originária ou de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social que não tenham sido objeto de julgamento pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS até a data de publicação desta Lei serão remetidos ao Ministério responsável por área de atuação da entidade, que os julgará, nos termos da legislação em vigor à época do requerimento, observado o disposto nos §§ 4º e 5º.

§ 1º Caso a entidade requerente atue em mais de uma das áreas abrangidas por esta Lei o pedido será remetido ao Ministério responsável pela área de atuação preponderante da entidade.

9

§ 2º Das decisões proferidas nos termos do **caput**, que sejam favoráveis às entidades, não caberá recurso.

§ 3º Das decisões de indeferimento, proferidas com base no **caput**, caberá recurso, no prazo de quinze dias, dirigido ao Ministro de Estado responsável pela área de

atuação da entidade, que o julgará, no prazo de sessenta dias a contar do seu recebimento.

§ 4o Cabe ao Ministério responsável pela área de atuação da entidade solicitar a ela a atualização das informações necessárias para a análise do pedido.

§ 5o O Ministério da Educação poderá aplicar, para os fins do **caput**, no que couber, a compensação prevista no art. 18, conforme definido em ato do respectivo Ministro de Estado.

Art. 34. As representações e os pedidos de concessão originária ou de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social que, até a data da publicação desta Lei, estejam aguardando julgamento de recurso ou de pedido de reconsideração serão remetidos ao Ministério responsável por área de atuação da entidade.

Art. 35. A concessão originária deferida na forma dos arts. 33 e 34 será reconhecida como certificação da entidade para efeitos da isenção de que trata esta Lei, desde que atendidos os demais requisitos nela previstos.

Art. 36. Os Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social que expirarem no prazo de doze meses contados da publicação desta Lei ficam prorrogados por doze meses, desde que a entidade mantenha os requisitos exigidos pela legislação vigente à época de sua concessão ou renovação.

Parágrafo único. O disposto no **caput** não se aplica aos casos de Certificados de Entidades Beneficentes de Assistência Social que sejam objeto de questionamento administrativo ou judicial na data da publicação desta Lei.

Art. 37. A partir da data da publicação desta Lei, a entidade que tenha interesse em obter ou manter a isenção deverá formular requerimento de certificação como entidade beneficente de assistência social, nos termos do disposto no Capítulo II.

Art. 38. Os requerimentos para o reconhecimento da isenção protocolizados perante a Secretaria da Receita Federal do Brasil, pendentes de apreciação até a data da publicação desta Lei, seguirão o rito estabelecido pela legislação precedente.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 39. Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome informarão à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na forma e prazo por ela estabelecidos, os pedidos de certificação originária e de renovação deferidos e os definitivamente indeferidos nos termos da Seção IV do Capítulo II.

Art. 40. As entidades isentas na forma desta Lei deverão manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente e área de atividade, conforme o art. 1o, e os serviços que são prestados gratuitamente.

10

Art. 41. Os Ministérios da Fazenda, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde e da Educação editarão os atos complementares necessários à execução desta Lei.

Art. 42. Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 43. Revogam-se:

I - o § 3º do art. 9º e os incisos III e IV e o parágrafo único do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

II - o art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991;

III - o art. 21 da Lei nº 10.684, de 30 de maio de 2003;

IV - o art. 3º da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001, na parte que altera o art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991;

V - o art. 5º da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001, na parte que altera os arts. 9º e 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

VI - o art. 5º da Lei nº 9.429, de 26 de dezembro de 1996, na parte que altera o art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; e

VII - o art. 1º da Lei nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998, na parte que altera o art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Brasília,

11

E.M.I. nº 00001 - MDS/MPS/MEC/MS/MF

Brasília, 10 de março de 2008.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

1. Temos a honra de submeter à apreciação de Vossa Excelência o anexo anteprojeto de lei que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

2. O presente projeto de lei tem os seguintes objetivos:

a) estabelecer os requisitos para a caracterização e certificação das entidades beneficentes de assistência social;

b) repartir a competência para a certificação das entidades beneficentes entre os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, conforme a entidade requerente atue na área de saúde, de educação e de assistência social;

c) estabelecer os requisitos e a forma para que as entidades certificadas como beneficentes de assistência social gozem da isenção das contribuições para a seguridade social; e

d) redistribuir os processos de concessão e renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - Cebas pendentes de julgamento no âmbito do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e do Ministério da Previdência Social aos Ministérios competentes, conforme a área de atuação da entidade requerente.

3. Para esclarecer as propostas quanto aos procedimentos de certificação e isenção das entidades beneficentes de assistência social impõe-se fazer um breve relato acerca da matéria a fim de permitir sua melhor compreensão.

4. O art. 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, estabelece, atualmente, os requisitos para a concessão e manutenção da isenção de contribuições sociais

previstas nos arts. 22 e 23 da citada Lei. Um dos requisitos para a concessão da isenção é a entidade ser possuidora do Cebas.

5. O Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998, que revogou o Decreto nº 752, de 16 de fevereiro de 1993, encontra-se, atualmente, regendo os processos de concessão e renovação do Cebas. Dentre os requisitos estabelecidos naquele Decreto para a concessão do Cebas destacam-se os previstos no inciso VI e no § 4º do art. 3º, que tratam da questão da gratuidade.

6. Nos termos do inciso II do art. 55 da Lei nº 8.212, de 1991, e do § 2º do art. 3º do Decreto nº 2.536/98, o Cebas tem validade de três anos. A cada renovação a entidade tem que comprovar, em seu requerimento, que atendeu as exigências nos últimos três anos, para obter o Cebas com validade para os três anos seguintes. Se a entidade já possuía o Cebas e pediu sua renovação dentro do prazo, o novo Cebas, caso deferido, valerá a partir do termo final do anterior, nos termos do § 3º do art. 3º do supracitado Decreto.

7. Este procedimento precisa ser aperfeiçoado, dado o considerável lapso temporal entre o período considerado para o cumprimento dos requisitos e a sua análise pelo órgão responsável, o que causa diversas restrições tanto para o administrado quanto para a Administração.

8. Tal prática é nefasta para as entidades por diversos motivos, dos quais quatro podem ser citados:

a) o entendimento do Poder Público quanto aos requisitos evolui, naturalmente, ao longo do tempo, pois o que era considerado regular quatro anos atrás pode não ser assim entendido hoje, em vista de uma nova interpretação da matéria;

b) com o passar do tempo, a prática beneficente que não foi devidamente documentada

perde-se, o que inviabiliza a sua demonstração no momento da análise das exigências;

c) a adaptação das entidades às exigências é lenta e não acompanha a evolução normativa da matéria; e

d) o indeferimento do Cebas representa um impacto significativo na entidade, que passará a ser devedora de contribuições sociais relativas a três anos.

9. Observa-se que a situação é crítica e não pode ser perpetuada, impondo-se a reformulação da atual sistemática relativa à certificação e à isenção, de forma a permitir um julgamento rápido e eficaz por parte do Poder Público.

10. Assim, a solução encontrada passa, obrigatoriamente, pela extinção da figura do Cebas da forma como existe hoje, substituindo-o pela certificação das entidades beneficentes de acordo com sua área de atuação - saúde, educação e assistência social. Há a preocupação de separar os requisitos da certificação, que resultam no reconhecimento do caráter beneficente das entidades de saúde, educação e assistência social, dos requisitos da isenção. Embora a certificação seja pressuposto da fruição da isenção, esta exige outros requisitos que serão fiscalizados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, do Ministério da Fazenda.

11. Com essa finalidade, o projeto apresenta as soluções adequadas, as quais serão adiante relatadas.

12. A primeira delas é o estabelecimento dos requisitos para a certificação das entidades beneficente, em substituição ao Cebas, com a alteração da competência para o julgamento dos processos conforme a área de atuação da entidade. A entidade da área de saúde deve ter o seu pedido julgado pelos órgãos e entidades vinculados ao Ministério da Saúde. No mesmo sentido os requerimentos das entidades de educação, para o Ministério da Educação e das entidades de assistência social, para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

13. Isso porque cada órgão setorial da União dispõe de conhecimento técnico diretamente voltado para a sua área de atuação, o que facilita, e muito, o estudo das atividades desempenhadas pelas respectivas entidades beneficentes e, conseqüentemente, o julgamento do pedido de concessão da certificação.

14. O Ministério da Saúde dispõe, diretamente, das informações relativas ao atendimento prestado por meio de convênio com o Sistema Único de Saúde - SUS (um dos requisitos para as entidades de saúde é fazer 60% de atendimento pelo SUS), além de deter o conhecimento necessário para verificar o percentual deste atendimento em relação à atividade global da entidade requerente.

15. O Ministério da Educação, após a criação do Programa Universidade para Todos - PROUNI, dispõe de todas as informações acerca dos alunos bolsistas das entidades educacionais, especialmente das suas condições socioeconômicas, o que lhe permite verificar, com mais segurança, o percentual de bolsas concedidas e a situação financeira dos bolsistas.

16. Por sua vez, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome conhece de perto a realidade das entidades de assistência social que realizam suas atividades conforme a Lei Orgânica de Assistência Social - Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

17. Além disso, atualmente, o julgamento do Cebas, em sede recursal, é feito tão-somente pelo Ministério da Previdência Social. A alteração dessa competência se justifica pelas modificações de organização da estrutura do Poder Executivo Federal, conforme se demonstrará. Com a edição da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, foi criado, por meio do seu art. 27, inciso II, o Ministério da Assistência Social - MAS, retirando do então Ministério da Previdência e Assistência Social a competência relativa aos programas e políticas de assistência social, passando este a ser denominado Ministério da Previdência Social. O referido dispositivo legal foi alterado pela Lei Nº 10.869, de 13 de maio de 2004, que modificou a denominação do mas para Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS.

18. Desde a sua criação, o Ministério da Assistência Social, atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abarcou o CNAS. Assim, em princípio, tendo em vista a pertinência temática e a subordinação do CNAS, o julgamento dos recursos contra as decisões finais deste Colegiado deveriam ser da competência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, até mesmo porque tal recurso sempre teve natureza estritamente hierárquica.

19. No entanto, foi editada a Lei nº 10.684, de 30 de maio de 2003, que atribuiu ao Ministro de Estado da Previdência Social a competência para julgar os recursos

interpostos contras as decisões finais do CNAS, relativas à concessão ou renovação do Cebas.

20. Observa-se que a Lei nº 10.684/03 criou uma situação de confusão hierárquica: o Ministro de Estado da Previdência Social passou a ser competente para julgar os recursos interpostos contra as decisões proferidas pelo CNAS, enquanto que este Colegiado estava subordinado ao Ministério da Assistência Social.

21. Ressalte-se que não há conflito entre a sistemática proposta para a certificação (em que cada Ministério aprecia o requerimento das entidades da sua área de atuação) e a competência da Secretaria da Receita Federal do Brasil, que é órgão responsável pelo planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das atividades relativas a tributação, fiscalização, arrecadação, cobrança e recolhimento das contribuições sociais para a seguridade social.

22. Outra providência deste projeto é disciplinar o direito das entidades beneficentes de assistência social à isenção das contribuições sociais, que poderá ser exercido a contar da data da sua certificação pelo Ministério competente, atendidas as disposições da Seção I do Capítulo III.

14

23. Por fim, o anteprojeto de lei trata dos processos de concessão e renovação dos Cebas pendentes de julgamento no âmbito do CNAS e no Ministério da Previdência Social.

24. Os processos de concessão e renovação de Cebas acumularam-se no CNAS e no Ministério da Previdência Social. Hoje, aguardam julgamento no aludido Ministério mais de 1.800 (mil e oitocentos) recursos em processos de concessão/renovação de Cebas. Já no CNAS, são mais de 8.000 (oito mil) processos aguardando julgamento, entre concessões originárias, renovações e representações.

25. Esses processos não demandam um julgamento simples ou fácil; pelo contrário, a matéria é bastante complexa, com a demanda de delicados cálculos contábeis, e a legislação comporta inúmeras interpretações. Em alguns casos, como no das entidades da área de saúde, é imprescindível a obtenção de informações de outros órgãos, como o Ministério da Saúde, o que retarda ainda mais a apreciação dos processos.

26. Como corolário destas ponderações, os processos de concessão e renovação de Cebas estão levando, em média, três anos para serem julgados no CNAS e quatro anos para serem apreciados pelo Ministro da Previdência Social.

27. Para que as entidades tenham um julgamento justo e em prazo razoável, a presente proposta prevê a repartição dos processos pendentes de julgamento para cada um dos Ministérios responsáveis pelas áreas de educação, saúde e assistência social.

28. São essas, Senhor Presidente, as razões que nos levam a propor a Vossa Excelência o encaminhamento do anteprojeto de lei em comento.

Respeitosamente,

*Assinado por: Patrus Ananias de Sousa, Luiz Marinho, Fernando Haddad, José Gomes Temporão e Guido Mantega*

**ANEXO XII – MEDIDA PROVISÓRIA Nº 466 DE 07 DE NOVEMBRO DE 2008**

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 446, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2008 - DOU DE 10/11/2008**

***Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.***

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da [Constituição](#), adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

**CAPÍTULO I*****DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES***

Art. 1º A certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nesta Medida Provisória.

Art. 2º As entidades de que trata o art. 1º deverão obedecer ao princípio da universalidade do atendimento, sendo vedado dirigir suas atividades exclusivamente a seus associados ou a categoria profissional.

**CAPÍTULO II  
DA CERTIFICAÇÃO**

Art. 3º A certificação será concedida à entidade beneficente que demonstre, nos doze meses que antecederam ao do requerimento, o cumprimento do disposto nas Seções I, II e III deste Capítulo, de acordo com a respectiva área de atuação.

§ 1º Nas situações previstas em regulamento, a demonstração do cumprimento do disposto no **caput** poderá ter como base os primeiros doze meses contidos nos dezoito meses que antecederem ao do requerimento.

§ 2º O período mínimo de cumprimento dos requisitos de que trata este artigo poderá ser reduzido se a entidade for prestadora de serviços conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS ou com o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em caso de necessidade local atestada pelo gestor do respectivo sistema.

**Seção I**



## ***Da Saúde***

Art. 4º Para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia.

Parágrafo único. O atendimento do percentual mínimo de que trata o **caput** pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da entidade, desde que não abranja outra pessoa jurídica por ela mantida.

Art. 5º A entidade de saúde deverá ainda informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, na forma por ele estabelecida:

- I - a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS;
- II - a totalidade das internações realizadas para os pacientes usuários do SUS; e
- III - as alterações referentes aos registros no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Art. 6º A entidade de saúde que presta serviços exclusivamente na área ambulatorial deverá, em substituição ao requisito do art. 4º, comprovar anualmente a prestação desses serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento.

Art. 7º Quando a disponibilidade de cobertura assistencial da população pela rede pública de determinada área for insuficiente, os gestores do SUS deverão observar, para a contratação de serviços privados, a preferência de participação das entidades beneficentes de saúde e das sem fins lucrativos.

Art. 8º Na impossibilidade do cumprimento do percentual mínimo a que se refere o art. 4º na contratação dos serviços de saúde da entidade, em razão da falta de demanda, declarada pelo gestor local do SUS, deverá ela comprovar a aplicação de percentual da sua receita bruta em atendimento gratuito de saúde da seguinte forma:

- I - vinte por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for inferior a trinta por cento;
- II - dez por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a trinta e inferior a cinquenta por cento; ou
- III - cinco por cento, se o percentual de atendimento ao SUS for igual ou superior a cinquenta por cento, ou se completar o quantitativo das internações hospitalares, medido por paciente-dia, com atendimentos gratuitos devidamente informados de acordo com o disposto no art. 5º, não financiados pelo SUS ou por qualquer outra fonte.

Parágrafo único. Para os fins deste artigo, a entidade deverá comprovar o percentual de aplicação em gratuidade sobre a receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares.

Art. 9º O valor aplicado em gratuidade na área de saúde, quando não comprovado por meio de registro contábil específico e informado de acordo com o disposto no art. 5º, será obtido mediante a valoração dos procedimentos realizados com base nas tabelas de pagamentos do SUS.

Art. 10. Em hipótese alguma será admitida como aplicação em gratuidade a eventual diferença entre os valores pagos pelo SUS e os preços praticados pela entidade ou pelo mercado.

Art. 11. A entidade de saúde poderá, alternativamente, para dar cumprimento ao requisito previsto no art. 4º, realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, celebrando ajuste com a União, por intermédio do Ministério da Saúde, nas seguintes áreas de atuação:

- I - estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;
- II - capacitação de recursos humanos;
- III - pesquisas de interesse público em saúde; ou
- IV - desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá os requisitos técnicos essenciais para o reconhecimento de excelência referente a cada uma das áreas de atuação previstas neste artigo.

§ 2º O recurso despendido pela entidade de saúde no projeto de apoio não poderá ser inferior ao valor da isenção das contribuições sociais usufruída.

§ 3º O projeto de apoio será aprovado pelo Ministério da Saúde, ouvidas as instâncias do SUS, segundo procedimento definido em ato do respectivo Ministro de Estado.

§ 4º As entidades de saúde que venham a se beneficiar da condição prevista neste artigo poderão complementar as atividades relativas aos projetos de apoio com a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ao SUS, não remunerados, mediante pacto com o gestor local do SUS, observadas as seguintes condições:

- I - a complementação não poderá ultrapassar trinta por cento do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais;
- II - a entidade de saúde deverá apresentar, ao gestor local do SUS, plano de trabalho com previsão de atendimento e detalhamento de custos, os quais não poderão exceder o valor por ela efetivamente despendido;
- III - a comprovação dos custos a que se refere o inciso II poderá ser exigida, a qualquer tempo, mediante apresentação dos documentos necessários; e
- IV - as entidades conveniadas deverão informar a produção na forma estabelecida pelo Ministério da Saúde, com observação de não geração de créditos.

§ 5º A participação das entidades de saúde em projetos de apoio previstos neste artigo não poderá ocorrer em prejuízo das atividades beneficentes prestadas ao SUS.

§ 6º O conteúdo e o valor das atividades desenvolvidas em cada projeto de apoio ao desenvolvimento institucional e de prestação de serviços ao SUS deverão ser objeto de relatórios anuais, os quais serão encaminhados ao Ministério da Saúde para acompanhamento e fiscalização, sem prejuízo das atribuições dos órgãos de fiscalização tributária.

Art. 12. A prestação de serviços de que trata o art. 6º e o **caput** dos arts. 4º e 8º dar-se-á mediante a formalização de convênio com a definição de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas em plano operativo, conforme pactuação entre o gestor local do SUS e o responsável legal pela entidade.

## **Seção II Da Educação**

Art. 13. A certificação será concedida à entidade de educação que atenda ao disposto nesta Seção e na legislação aplicável.

Art. 14. Para os fins da concessão da certificação de que trata esta Medida Provisória, a entidade de educação deverá aplicar anualmente em gratuidade, na forma do § 1º, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, locação de bens, venda de bens e doações.

§ 1º Para o cumprimento do disposto no **caput**, a entidade deverá:

I - demonstrar adequação às diretrizes e metas estabelecidas no Plano Nacional de Educação - PNE, na forma do art. 214 da [Constituição](#).

II - atender a padrões mínimos de qualidade, aferidos pelos processos de avaliação conduzidos pelo Ministério da Educação; e

III - oferecer bolsas de estudo nas seguintes proporções:

a) no mínimo, uma bolsa de estudo integral para cada nove alunos pagantes da educação básica; e

b) bolsas parciais de cinquenta por cento, quando necessário para o alcance do percentual mínimo exigido.

§ 2º As proporções previstas no inciso III do § 1º poderão ser cumpridas considerando-se diferentes etapas e modalidades da educação básica presencial.

§ 3º Para a entidade que atue na educação superior, ainda que também atue na educação básica ou em área distinta da educação, aplica-se o disposto no art. 10 da [Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005](#).

Art. 15. Para os efeitos desta Medida Provisória, a bolsa de estudo refere-se às semestralidades ou anuidades escolares fixadas na forma da lei, vedada a cobrança de taxa de matrícula, custeio de material didático ou qualquer outro encargo.

§ 1º A bolsa de estudo integral será concedida a aluno cuja renda familiar mensal **per capita** não exceda o valor de um e meio salário-mínimo.

§ 2º A bolsa de estudo parcial será concedida a aluno cuja renda familiar mensal **per capita** não exceda o valor de três salários mínimos.

Art. 16. Para fins da certificação a que se refere esta Medida Provisória, o aluno a ser beneficiado será pré-selecionado pelo perfil socioeconômico e por outros critérios definidos pelo Ministério da Educação.

§ 1º Os alunos beneficiários das bolsas de estudo de que trata esta Medida Provisória ou seus pais ou responsáveis, quando for o caso, respondem legalmente pela veracidade e autenticidade das informações socioeconômicas por eles prestadas.

§ 2º Compete à entidade de educação aferir as informações relativas ao perfil socioeconômico do candidato.

§ 3º As bolsas de estudo poderão ser canceladas, a qualquer tempo, em caso de constatação de falsidade da informação prestada pelo bolsista ou seu responsável, ou de inidoneidade de documento apresentado, sem prejuízo das demais sanções cíveis e penais cabíveis.

Art. 17. É vedada qualquer discriminação ou diferença de tratamento entre alunos bolsistas e pagantes.

Art. 18. No ato de renovação do certificado, as entidades de educação que não tenham aplicado em gratuidade o percentual mínimo previsto no **caput** do art. 14 poderão compensar o percentual devido no exercício imediatamente subsequente, com acréscimo de vinte por cento sobre o percentual a ser compensado.

§ 1º O disposto neste artigo alcança tão-somente as entidades que tenham aplicado pelo menos dezessete por cento em gratuidade, na forma do art. 14, em cada exercício financeiro a ser considerado.

§ 2º O pedido de renovação do certificado será indeferido quando a soma dos percentuais a serem compensados exceder a dez por cento, considerando-se os acréscimos previstos neste artigo.

### **Seção III** **Da Assistência Social**

Art. 19. A certificação será concedida à entidade de assistência social que presta serviços e ações gratuitos, continuados e planejados, sem qualquer discriminação e sem exigência de contrapartida do usuário, observada a [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#), ressalvado o disposto no § 1º do art. 35 da [Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003](#).

Parágrafo único. As entidades de assistência social a que se refere o **caput** podem ser de atendimento, de assessoramento e de defesa de direitos.

Art. 20. Constituem ainda requisitos para a certificação das entidades de assistência social:

I - estar inscrita no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso, nos termos do art. 9º da [Lei nº 8.742, de 1993](#); e

II - integrar o cadastro nacional de entidades e organizações de assistência social de que trata o inciso XI do art. 19 da [Lei nº 8.742, de 1993](#).

§ 1º Quando a entidade de assistência social atuar em mais de um Município ou Estado, ou em quaisquer destes e no Distrito Federal, deverá inscrever suas atividades no Conselho de Assistência Social do respectivo Município de atuação ou do Distrito Federal, mediante a apresentação de seu plano ou relatório de atividades e do comprovante de inscrição no Conselho de sua sede ou de onde desenvolva suas principais atividades.

§ 2º Quando não houver Conselho de Assistência Social no Município, as entidades de assistência social deverão inscrever-se nos respectivos Conselhos Estaduais.

Art. 21. A comprovação do vínculo da entidade de assistência social à rede sócio assistencial privada no âmbito do SUAS é condição suficiente para a concessão da certificação, no prazo e na forma a serem definidos em regulamento.

#### **Seção IV** **Da Concessão e do Cancelamento**

Art. 22. Os requerimentos de concessão da certificação das entidades beneficentes de assistência social serão apreciados pelos seguintes Ministérios:

- I - da Saúde, quanto às entidades da área de saúde;
- II - da Educação, quanto às entidades educacionais; e
- III - do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, quanto às entidades de assistência social.

§ 1º A entidade interessada na certificação deverá apresentar, juntamente com o requerimento, todos os documentos necessários à comprovação dos requisitos de que trata esta Medida Provisória, na forma do regulamento

§ 2º A tramitação e apreciação do requerimento deverá obedecer à ordem cronológica de sua apresentação, salvo em caso de diligência pendente, devidamente justificada.

§ 3º O requerimento será apreciado no prazo a ser estabelecido em regulamento, observadas as peculiaridades do Ministério responsável pela área de atuação da entidade.

§ 4º O prazo de validade da certificação será fixado em regulamento, observadas as especificidades de cada uma das áreas e o prazo mínimo de um ano e máximo de três anos.

Art. 23. A entidade que atue em mais de uma das áreas especificadas no art. 1º e cuja receita anual seja de até R\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil reais) deverá requerer a certificação e sua renovação no Ministério responsável pela área de atuação preponderante da entidade.

Parágrafo único. Considera-se área de atuação preponderante aquela em que a entidade aplique a maior parte de sua receita.

Art. 24. A entidade que atue em mais de uma das áreas especificadas no art. 1º e cuja receita anual seja superior a R\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil reais) deverá requerer a certificação e sua renovação em cada um dos Ministérios

responsáveis pelas respectivas áreas de atuação da entidade, conforme previsto nos incisos I a III do art. 22.

Parágrafo único. Os efeitos da certificação terão validade apenas para a área específica em que a entidade tenha cumprido os requisitos necessários à certificação.

Art. 25. Para efeito do disposto nos arts. 23 e 24, considera-se receita aquela proveniente da prestação de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeiras, locação de bens, venda de bens e doações.

Art. 26. Os Ministérios referidos nos incisos I a III do art. 22 deverão zelar pelo cumprimento das condições que ensejaram a certificação da entidade como beneficente de assistência social, cabendo-lhes confirmar que tais exigências estão sendo atendidas quando da renovação do pedido de certificação.

Parágrafo único. O requerimento de renovação da certificação deverá ser protocolizado com antecedência mínima de seis meses do termo final de sua validade.

Art. 27. Constatada, a qualquer tempo, a inobservância de exigência estabelecida neste Capítulo, será cancelada a certificação, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

### **CAPÍTULO III DA ISENÇÃO**

#### **Seção I**

##### ***Dos Requisitos***

Art. 28. A entidade beneficente certificada na forma do Capítulo II fará jus à isenção do pagamento das contribuições de que tratam os arts. 22 e 23 da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#), desde que atenda, cumulativamente, aos seguintes requisitos:

- I - seja constituída como pessoa jurídica nos termos do **caput** do art. 1º;
- II - não percebam, seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;
- III - aplique suas rendas, seus recursos e eventual superávit integralmente no território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;
- IV - preveja, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, a destinação do eventual patrimônio remanescente a entidades sem fins lucrativos congêneres ou a entidades públicas;
- V - não seja constituída com patrimônio individual ou de sociedade sem caráter beneficente;
- VI - apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do

Brasil e à dívida ativa da União, certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS e de regularidade em face do Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal - CADIN;

VII - mantenha escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com os princípios contábeis geralmente aceitos e as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade;

VIII - não distribua resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto;

IX - aplique as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas;

X - conserve em boa ordem, pelo prazo de dez anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem como os atos ou operações realizados que venham a modificar sua situação patrimonial;

XI - cumpra as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária; e

XII - zele pelo cumprimento de outros requisitos, estabelecidos em lei, relacionados com o funcionamento das entidades a que se refere este artigo.

Art. 29. A isenção de que trata esta Medida Provisória não se estende a entidade com personalidade jurídica própria constituída e mantida pela entidade à qual a isenção foi concedida.

## **Seção II**

### **Da Concessão e do Cancelamento**

Art. 30. O direito à isenção das contribuições sociais poderá ser exercido pela entidade a contar da data da sua certificação pela autoridade competente, desde que atendidas as disposições da Seção I deste Capítulo.

Art. 31. Constatado o descumprimento pela entidade dos requisitos indicados na Seção I deste Capítulo, a fiscalização da Secretaria da Receita Federal do Brasil lavrará o auto de infração relativo ao período correspondente e relatará os fatos que demonstram o não-atendimento de tais requisitos para o gozo da isenção.

§ 1º O lançamento terá como termo inicial a data da ocorrência da infração que lhe deu causa.

§ 2º O disposto neste artigo obedecerá ao rito processual do [Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972](#).

## **CAPÍTULO IV**

### **DOS RECURSOS E DA REPRESENTAÇÃO**

Art. 32. Da decisão que indeferir o requerimento para concessão ou renovação de certificação e da decisão que cancelar a certificação caberá recurso por parte da entidade interessada, na forma definida em regulamento, no prazo de trinta dias contados da publicação da decisão.

Art. 33. Verificada prática de irregularidade na entidade certificada, são competentes para representar, motivadamente, ao Ministério responsável pela sua área de atuação, sem prejuízo das atribuições do Ministério Público:

- I - o usuário dos serviços prestados pela entidade;
- II - o gestor municipal ou estadual do SUS ou do SUAS, de acordo com a sua condição de gestão, bem assim o gestor da educação municipal ou estadual; ou
- III - a Secretaria da Receita Federal do Brasil.

Parágrafo único. A representação será dirigida ao órgão que concedeu a certificação e conterá a qualificação do representante, a descrição dos fatos a serem apurados e, sempre que possível, a documentação pertinente e demais informações relevantes para o esclarecimento do seu objeto.

Art. 34. Caberá ao Ministério competente:

- I - dar ciência da representação à entidade, que terá o prazo de trinta dias para apresentação de defesa, assegurada a proteção da identidade do representante mencionado no inciso I do art. 33, quando por este solicitado ou quando julgado necessário pela autoridade competente; e
- II - decidir sobre a procedência da representação, no prazo de trinta dias a contar da apresentação da defesa.

§ 1º Se improcedente a representação de que trata o inciso II, o processo será arquivado.

§ 2º Se procedente a representação de que trata o inciso II, a autoridade responsável deverá cancelar a certificação e dar ciência do fato à Secretaria da Receita Federal do Brasil.

§ 3º O representante será cientificado das decisões de que tratam os §§ 1º e 2º.

## **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 35. As entidades mencionadas no art. 24 ficam obrigadas a criar uma pessoa jurídica para cada uma das suas áreas de atuação, com número próprio no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ.

§ 1º Cada pessoa jurídica criada na forma do **caput** deverá apresentar requerimento próprio de certificação ao Ministério responsável pela sua área de atuação.

§ 2º As entidades em funcionamento na data da publicação desta Medida Provisória que não estiverem enquadradas nas disposições do **caput** deverão atender a tais exigências no prazo de doze meses

§ 3º Durante o prazo previsto no § 2º, as entidades poderão requerer a renovação ou concessão originária da sua certificação com base no procedimento previsto no art. 23.

Art. 36. Os pedidos de concessão originária de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social que não tenham sido objeto de julgamento pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS até a data de publicação desta Medida



Provisória serão remetidos ao Ministério responsável, de acordo com a área de atuação da entidade, que os julgará, nos termos da legislação em vigor à época do requerimento.

§ 1º Caso a entidade requerente atue em mais de uma das áreas abrangidas por esta Medida Provisória, o pedido será remetido ao Ministério responsável pela área de atuação preponderante da entidade.

§ 2º Das decisões proferidas nos termos do **caput**, que sejam favoráveis às entidades, não caberá recurso.

§ 3º Das decisões de indeferimento, proferidas com base no **caput**, caberá recurso, sem efeito suspensivo, no prazo de dez dias, dirigido ao Ministro de Estado responsável pela área de atuação da entidade.

§ 4º Fica a entidade obrigada a oferecer todas as informações necessárias à análise do pedido, nos termos do art. 60 da [Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999](#).

Art. 37. Os pedidos de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social protocolizados, que ainda não tenham sido objeto de julgamento por parte do CNAS até a data de publicação desta Medida Provisória, consideram-se deferidos. Parágrafo único. As representações em curso no CNAS propostas pelo Poder Executivo em face da renovação referida no **caput** ficam prejudicadas, inclusive em relação a períodos anteriores.

Art. 38. Fica extinto o recurso, em tramitação até a data de publicação desta Medida Provisória, relativo a pedido de renovação ou de concessão originária de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social deferido pelo CNAS.

Art. 39. Os pedidos de renovação de Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social indeferidos pelo CNAS, que sejam objeto de pedido de reconsideração ou de recurso pendentes de julgamento até a data de publicação desta Medida Provisória, consideram-se deferidos.

Art. 40. A concessão originária deferida na forma do art. 36 será reconhecida como certificação da entidade para efeitos da isenção de que trata esta Medida Provisória, desde que atendidos os demais requisitos nela previstos.

Art. 41. Os Certificados de Entidade Beneficente de Assistência Social que expirarem no prazo de doze meses contados da publicação desta Medida Provisória ficam prorrogados por doze meses, desde que a entidade mantenha os requisitos exigidos pela legislação vigente à época de sua concessão ou renovação.

Art. 42. A entidade que tenha interesse em obter ou manter a isenção deverá formular requerimento de certificação como entidade beneficente de assistência social, nos termos do disposto no Capítulo II.

Art. 43. Os requerimentos para o reconhecimento da isenção protocolizados perante a Secretaria da Receita Federal do Brasil, pendentes de apreciação até a data da publicação desta Medida Provisória, seguirão o rito estabelecido pela legislação precedente.

## CAPÍTULO VI

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44. Os Ministérios da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome informarão à Secretaria da Receita Federal do Brasil, na forma e prazo por ela estabelecidos, os pedidos de certificação originária e de renovação deferidos e os definitivamente indeferidos nos termos da Seção IV do Capítulo II.

Art. 45. As entidades isentas na forma desta Medida Provisória deverão manter, em local visível ao público, placa indicativa contendo informações sobre a sua condição de beneficente e área de atividade, conforme o art. 1º, e os serviços que são prestados gratuitamente.

Art. 46. Os Ministérios da Fazenda, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde e da Educação editarão os atos complementares necessários à execução desta Medida Provisória.

Art. 47. Os incisos III e IV do art. 18 da [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#), passam a vigorar com a seguinte redação:

"III - acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social junto ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;  
IV - apreciar relatório anual que conterá a relação de entidades e organizações de assistência social certificadas como beneficentes e encaminhá-lo para conhecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e do Distrito Federal;" (NR)

Art. 48. Revogam-se:

I - o art. 55 da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#)

II - o § 3º do art. 9º e o parágrafo único do art. 18 da [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#);

III - o art. 5º da [Lei nº 9.429, de 26 de dezembro de 1996](#);

IV - o art. 1º da [Lei nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998](#), na parte que altera o art. 55 da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#);

V - o art. 21 da [Lei nº 10.684, de 30 de maio de 2003](#);

VI - o art. 3º da [Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001](#), na parte que altera o art. 55 da [Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991](#); e

VII - o art. 5º da [Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001](#), na parte que altera os arts. 9º e 18 da [Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993](#).

Art. 49. Esta Medida Provisória entra em vigor na data da sua publicação.

Brasília, 7 de novembro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

**LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA**

*Guido Mantega*

*Fernando Haddad*

*Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli*

*José Pimentel*

*Patrus Ananias* Este texto não substitui o publicado no DOU de 10/11/2008 - seção 1 - pág 02