

## **DESAFIOS DA PENHORABILIDADE DE VERBAS PÚBLICAS EM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE: GESTÃO EFICIENTE EM CIDADES INTELIGENTES**

### **Leonardo de Souza Moldero**

Advogado

Mestrando no programa de pós-graduação stricto sensu em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho

Aluno do programa de pós-graduação lato sensu em Direito Médico e Biomédico da Escola Brasileira de Direito

Especialista em compliance, auditoria interna e ESG pelo IBMEC-SP

Bacharel em Direito pela Universidade São Judas Tadeu

### **Moisés Figueiredo da Silva**

Doutorando e Mestre em Cidades Inteligentes e Sustentáveis pela Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Especialista em Administração Pública e Gerência de Cidades, Graduado em Gestão Pública

### **Antônio Pires Barbosa**

Doutor e Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas – FGV  
Graduado em Medicina

Professor titular do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde e do Programa de Mestrado Acadêmico em Gestão de Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho

Docente do Programa de Graduação em Medicina na área de Saúde Coletiva e Atenção Primária em Saúde

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde como direito social, constitucionalmente assegurado, é uma conquista recente no Brasil. Embora constituições anteriores tivessem abordado o tema de forma tangencial (MENDES; BRANCO, 2011, p. 685), foi apenas com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, que a saúde foi positivada como um direito fundamental, na medida em que seu artigo 196 define a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantindo seu acesso universal e igualitário por meio de políticas sociais e econômicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

A garantia expressa à saúde, como direito fundamental social, representou um marco na estruturação das políticas públicas de saúde no país, constituindo importante avanço rompedor com o *status quo ante*; considerado de segunda geração, comporta proteção amplíssima para, até mesmo, assegurar a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana (MAIA, 2012).



O Sistema Único de Saúde (SUS), criado como resposta a essa determinação constitucional, foi idealizado sob o princípio de universalidade, assegurando que todo cidadão, independentemente de sua filiação previdenciária ou condição financeira, tenha acesso integral e gratuito aos serviços de saúde. Segundo Moisés Figueiredo da Silva (2023), o SUS "configura um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo", abrangendo desde os atendimentos mais simples, como aferição de pressão arterial, até serviços de alta complexidade, como transplantes de órgãos. O SUS, portanto, se posiciona como uma das maiores realizações sociais do Brasil, sendo um instrumento vital para a efetivação do direito à saúde e da dignidade humana.

Ainda que destinado à promoção do bem-estar social, o financiamento e a sustentabilidade do SUS enfrentam desafios recorrentes. O sistema é sustentado por um orçamento composto por recursos da União, dos Estados e dos municípios. A Constituição Federal, em seu art. 198, §1º, determina que esses recursos devem ser assegurados por essas esferas governamentais, com a exigência de um valor mínimo de investimento anual. A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, e a Lei Complementar nº 141, de 2012, foram marcos normativos fundamentais ao estabelecer diretrizes para o financiamento da saúde pública e garantir uma aplicação mínima para as atividades e serviços do SUS. Contudo, apesar de serem avanços normativos, tais medidas mostraram-se insuficientes, uma vez que as fontes de financiamento e os critérios de alocação de recursos públicos permanecem indefinidos, o que compromete a sustentabilidade e a expansão do sistema de saúde (CELUPPI *et al.*, 2019).

Diante da ineficiência e das restrições do Sistema Único de Saúde para atender às demandas da população, agravadas pelas limitações normativas sobre os gastos públicos, foi adotado um novo arranjo institucional que permitiu ao Estado firmar parcerias com entidades privadas para a gestão de unidades de saúde, especialmente por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS), que são entidades privadas sem fins lucrativos e assumem a responsabilidade pela gestão de serviços essenciais de saúde mediante contratos de gestão com o poder público. Atuando de forma complementar ao SUS, essas organizações gerenciam atividades variadas, como a administração de hospitais e centros de saúde, sendo remuneradas com verbas públicas. A Lei nº 9.637/1998 regulamenta as operações das OSS, estabelecendo diretrizes que visam assegurar a transparência e a eficácia dos contratos firmados com o Estado.

A parceria entre o poder público e as OSS, contudo, tem gerado controvérsias, particularmente em relação à penhorabilidade das verbas públicas transferidas a essas entidades. Por se tratar de recursos públicos, a legislação lhes assegura proteção pelo princípio da impenhorabilidade (BRASIL, 2015, art. 833, inciso IX), com o objetivo de garantir que sejam direcionados exclusivamente ao cumprimento de suas finalidades institucionais. Entretanto, os contratos firmados pelas OSS frequentemente incluem a subcontratação de empresas especializadas e profissionais liberais — um processo comumente denominado “quarteirização” — para prestação de serviços médico-hospitalares.



Quando há inadimplência por parte das OSS, esses prestadores buscam o Judiciário para assegurar o recebimento dos serviços realizados, um fenômeno que contribui para a judicialização da saúde. Tal fenômeno, respaldado pelo direito fundamental de acesso à justiça (BRASIL, 1988, art. 5º, XXXV), evidencia um impasse: como conciliar o direito dos credores ao pagamento tempestivo e justo pelos serviços prestados com a natureza pública das verbas repassadas, legalmente protegidas pela impenhorabilidade, com o objetivo de preservar os recursos destinados à manutenção dos serviços de saúde pública?

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) tem sido palco de importantes decisões que buscam equacionar esse conflito. Nos últimos anos, a corte paulista tem analisado, em diversas oportunidades, a possibilidade de penhora dos recursos públicos repassados às OSS para o pagamento de dívidas com prestadores de serviços. As decisões, ainda que não sejam pacíficas, revelam um movimento crescente de flexibilização do princípio da impenhorabilidade das verbas públicas.

Esse contexto de judicialização apresenta implicações profundas para o SUS e para a gestão das políticas públicas de saúde no Brasil. A ausência de mecanismos eficazes de controle e auditoria sobre a destinação dessas verbas, somada à falta de transparência nas operações das OSS, coloca em risco a continuidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Como observado por Cambi e Boff (2015), “o direito à saúde pública deve assegurar o oferecimento de qualidade de vida às pessoas, devendo ser classificado como um direito fundamental prestacional, que depende da atuação positiva do Estado e demanda a implementação de políticas públicas e recursos orçamentários para a sua implementação”, de sorte não ser apenas uma questão de acesso, mas, efetivamente, de qualidade, e a ineficiência na gestão dos recursos compromete diretamente a qualidade dos serviços prestados à população.

Além disso, o debate sobre a penhorabilidade de verbas públicas não se limita à esfera jurídica, mas envolve também questões de governança e gestão pública. Em um cenário de crescente digitalização e implementação de cidades inteligentes, a utilização de tecnologias para otimizar a gestão dos serviços públicos se torna uma questão crucial. As cidades inteligentes oferecem uma série de ferramentas tecnológicas, como sistemas de auditoria automatizada e gestão preditiva de contratos, que podem auxiliar no controle dos recursos destinados às OSS e evitar a judicialização desnecessária. O conceito de cidades inteligentes envolve a interconexão de sistemas urbanos para melhorar a eficiência dos serviços públicos, e a saúde é um dos setores mais impactados por essa transformação (REZENDE; BLIACHERIENE, 2017).

Esse estudo também se conecta diretamente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas, especialmente os ODS 3 (saúde e bem-estar) e 16 (paz, justiça e instituições eficazes) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). A sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a capacidade das Organizações Sociais de Saúde de cumprir suas



obrigações contratuais de forma eficaz, transparente e justa são essenciais para o alcance dessas metas globais, garantindo o direito à saúde e promovendo uma governança eficiente e equitativa.

## **2 OBJETIVO**

Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a jurisprudência do TJSP acerca da penhorabilidade das verbas públicas destinadas às OSS e discutir suas implicações para a continuidade dos serviços essenciais de saúde. A partir de uma pesquisa qualitativa, baseada na análise documental de acórdãos e na revisão bibliográfica, pretende-se oferecer uma visão aprofundada sobre os desafios e as oportunidades para a melhoria da governança pública, especialmente em um cenário de cidades inteligentes. Ao final, espera-se que o estudo contribua para o aprimoramento das políticas públicas e para a efetividade do SUS, garantindo a proteção do direito à saúde e a eficiência dos serviços prestados à população.

## **3 METODOLOGIA**

A metodologia deste estudo é de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e documental, centrada em decisões judiciais e revisão bibliográfica. Essa escolha metodológica possibilita uma análise aprofundada e detalhada dos fenômenos jurídicos e sociais relacionados à penhorabilidade das verbas públicas destinadas às Organizações Sociais de Saúde (OSS), bem como de suas implicações para a continuidade dos serviços essenciais de saúde e para a governança pública em um contexto de cidades inteligentes.

### **3.1 ABORDAGEM QUALITATIVA E DESCRITIVA**

A pesquisa qualitativa é caracterizada pela busca de entendimento de fenômenos complexos, levando em consideração o contexto e as particularidades dos casos analisados. Minayo (2013) destaca que, na pesquisa qualitativa, o pesquisador explora significados, compreensões e interpretações que os sujeitos e a sociedade atribuem às suas experiências. Assim, o objetivo central desta investigação é analisar as decisões judiciais e compreender como elas influenciam a gestão de verbas públicas no âmbito das OSS e sua relação com a continuidade dos serviços de saúde, tendo em vista os desafios impostos pela judicialização.

Além disso, adota-se uma abordagem descritiva, com o objetivo de mapear e caracterizar as decisões judiciais sobre a penhorabilidade de verbas públicas no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP). Como enfatiza Gil (2008), a pesquisa descritiva é útil para descrever as características de determinado fenômeno ou grupo, neste caso, as decisões judiciais, suas fundamentações e seus impactos sobre a governança das OSS. Essa abordagem permite detalhar o contexto e as implicações dessas decisões para os atores envolvidos, especialmente os credores, as OSS e o próprio Estado.



### 3.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental constitui um dos principais métodos deste estudo. Foi realizada a análise de decisões colegiadas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, com foco em acórdãos que abordam a questão da penhorabilidade de verbas públicas repassadas às OSS. Como fonte de dados, foram utilizados os julgados disponíveis no repositório público de jurisprudência do tribunal, acessível de forma eletrônica, seguindo os critérios estabelecidos pela pesquisa.

A escolha pela análise documental justifica-se pela relevância das decisões judiciais para a compreensão do tema central do estudo. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem sido um importante cenário de deliberação sobre a possibilidade de penhora de verbas públicas destinadas às OSS, e suas decisões refletem tendências jurisprudenciais que afetam diretamente a gestão da saúde pública. Segundo Cellard (2012), a análise documental permite o acesso a informações que favorecem a compreensão de processos sociais e históricos, os quais podem não ser acessíveis por outros meios de coleta de dados, adicionando a camada do tempo à exegese sociológica.

### 3.3 COLETA E SELEÇÃO DE DADOS

Para garantir a sistematização da coleta de dados, foi realizada uma busca criteriosa no banco de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, utilizando os seguintes descritores: "organização social", "penhora", "verba pública" e "saúde". Esses descritores foram conectados pelo operador lógico "e" para refinar a busca. Optou-se por acórdãos do tribunal proferidos em segunda instância, buscando decisões colegiadas, que têm um peso interpretativo maior, visto que envolvem análise mais aprofundada das matérias jurídicas discutidas.

Além disso, foram aplicados filtros para delimitar as decisões dentro de um intervalo temporal específico, de 1º de janeiro de 2015 a 31 de setembro de 2024, com o intuito de capturar um panorama recente e atualizado da jurisprudência sobre o tema (SOUZA; ANTONELLI, 2023). O foco em decisões proferidas em segunda instância e classificadas como "agravo de instrumento" garante que o estudo abarque apenas o recurso cabível a desafiar as decisões interlocutórias envolvendo a penhorabilidade de ativos financeiros, nos termos do art. 1.015, parágrafo único, do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015).

Após a aplicação dos filtros, chegou-se ao total de cento e dois acórdãos. Após, foram considerados apenas as decisões que abordem a prestação de serviços de saúde, excluindo aquelas envolvendo discussões de natureza eminentemente processual ou de matérias alheias à saúde, alcançando setenta e sete acórdãos, os quais, por sua vez, foram agrupados conforme o reconhecimento ou não da impenhorabilidade dos valores discutidos, de modo a possibilitar uma análise comparativa e permitir a identificação dos fundamentos jurídicos que serviram de base para cada decisão, o que se



revela importante para compreender os principais argumentos utilizados pelos magistrados e a consistência das decisões no tempo.

### 3.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo, conforme sugerido por Bardin (2011), foi utilizada para sistematizar e interpretar as informações extraídas dos acórdãos. O objetivo foi identificar os principais fundamentos jurídicos que embasaram as decisões favoráveis e contrárias à penhorabilidade das verbas públicas destinadas às OSS. Para tanto, os acórdãos foram lidos de forma detalhada, destacando-se os trechos mais relevantes, tais como as ementas, os fundamentos jurídicos invocados pelos magistrados relatores e as justificativas para a manutenção ou revogação do ato construtivo.

Essa técnica de análise possibilitou a categorização das decisões em dois grandes grupos: as que reconheceram a possibilidade de penhora e as que sustentam a impenhorabilidade das verbas públicas. Posteriormente, foram identificadas as circunstâncias fáticas que contribuíram para a decisão dos desembargadores, como distribuição do ônus da prova e a natureza do ativo financeiro envolvido. Essa categorização foi fundamental para a construção de uma visão abrangente sobre as razões de decidir e os efeitos práticos das decisões para a gestão das OSS e para os credores.

### 3.5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Complementarmente à análise documental, foi realizada uma revisão bibliográfica com o objetivo de contextualizar a discussão jurídica e administrativa sobre as OSS, a penhorabilidade de verbas públicas e as cidades inteligentes. Foram consultados livros, artigos científicos e legislações pertinentes ao tema. Autores como Cambi e Boff (2015), Paim (2018), Silva (2010), Sarlet e Figueiredo (2008) e Celuppi *et al.* (2019) fornecem uma base teórica sólida sobre o direito à saúde e o papel das OSS no contexto do SUS, enquanto Rezende e Bliacheriene (2017) discutem as implicações das cidades inteligentes para a governança pública.

A revisão bibliográfica seguiu os critérios de relevância e contemporaneidade, dando prioridade a publicações recentes e artigos indexados em bases de dados acadêmicas reconhecidas, como Scielo, Revista dos Tribunais e Google Scholar. Além disso, foram revisadas publicações legais e normativas, como a Constituição Federal de 1988, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Lei nº 9.637/1998, que regulamenta as OSS. Essa revisão foi essencial para ancorar teoricamente a discussão sobre o financiamento da saúde, a judicialização das OSS e os desafios da governança pública em cidades inteligentes.



### 3.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Embora a pesquisa qualitativa permita uma análise detalhada e profunda dos temas abordados, ela também apresenta algumas limitações. Primeiramente, a análise documental restringe-se ao âmbito do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, o que significa que os achados podem não refletir a jurisprudência de outros tribunais brasileiros. Além disso, a pesquisa se concentrou em um período específico (2015–2024), o que, apesar de garantir uma visão atualizada do tema, não abarca todo o histórico de decisões sobre a penhorabilidade de verbas públicas em OSS.

Outro ponto a ser considerado é a limitação imposta pela própria natureza da análise qualitativa. A interpretação dos acórdãos, ainda que fundamentada teoricamente, pode conter um grau de subjetividade inerente à leitura e compreensão dos textos jurídicos. No entanto, buscou-se minimizar essa subjetividade por meio da utilização de técnicas rigorosas de análise de conteúdo, categorização dos dados e triangulação com a revisão bibliográfica.

### 3.7 ÉTICA NA PESQUISA

A pesquisa seguiu os preceitos éticos recomendados para estudos em ciências sociais e jurídicas, respeitando o sigilo das informações pessoais eventualmente presentes nos documentos analisados. Embora os acórdãos sejam de acesso público, as informações foram tratadas de forma ética, evitando a exposição indevida de qualquer uma das partes envolvidas nos processos judiciais.

A metodologia deste estudo foi desenhada para garantir a profundidade e a precisão da análise sobre a penhorabilidade de verbas públicas repassadas às OSS, utilizando uma abordagem qualitativa, descritiva e documental. Ao combinar a análise de acórdãos do TJSP com uma revisão bibliográfica robusta, a pesquisa pretende oferecer uma contribuição significativa para a compreensão dos desafios jurídicos e administrativos enfrentados pelas OSS e pelo SUS em um cenário de crescente judicialização. A análise detalhada das decisões judiciais, contextualizada pela revisão de literatura, visa esclarecer as implicações dessas decisões para a sustentabilidade financeira das OSS e a continuidade dos serviços de saúde pública no Brasil.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 REVISÃO DE LITERATURA

#### 4.1.1 O Direito à Saúde no Brasil

O direito à saúde no Brasil passou por profundas transformações ao longo do último século, culminando, com a promulgação da Constituição de 1988, em um novo paradigma em relação às políticas públicas de saúde.

A positivação da saúde como direito fundamental de cariz social (BRASIL, 1988, art. 6º), constituiu inquestionável marco disruptivo característico da nova sistemática constitucional,



assegurando o direito à saúde como "direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988, art. 196), cuja conceito fora inspirado na definição constante no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, em que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (1946), e ampliado para nele incluir a prevenção e o bem-estar.

Sarlet e Figueiredo (2008) reforçam esse entendimento, ao afirmarem que “a Constituição de 1988 alinhou-se à concepção mais abrangente do direito à saúde, conforme propugna a OMS, que ademais de uma noção eminentemente curativa, compreende as dimensões preventiva e promocional na tutela jusfundamental”.

Para Maia (2012), “a Constituição da República confere primazia à prevenção e promoção da defesa da saúde, mas sem deixar esquecida a dimensão repressiva ou curativa. É nesse sentido amplo de saúde que repousa a tutela da dignidade humana por meio de atividade sanitária de tríplice faceta – promocional, preventiva e curativa -, devendo ser esse o caminho norteador do Poder Público em suas políticas públicas”.

Contraopondo-se à estruturação do sistema de saúde vigente – com inspiração liberal -, no qual “quem detinha condições financeiras era atendido por médicos particulares, enquanto que o restante da população ficava submetido à caridade e às casas de misericórdia” (CAMBI; BOFF, 2015), optou o legislador constituinte em fixar, no texto constitucional, um sistema único para as ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada, que observará, dentre outras diretrizes, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988, art. 198).

De acordo com Sarlet e Figueiredo (2008),

O direito fundamental à saúde envolve um complexo de posições jurídico-subjetivas diversas quanto ao seu objeto, podendo ser reconduzido às noções de direito de defesa e de direito a prestações. Como direito de defesa (ou direito negativo), o direito à saúde visa à salvaguarda da saúde individual e da saúde pública contra ingerências indevidas, por parte do Estado ou de sujeitos privados, individual ou coletivamente prestados. Na condição de direito a prestações (direito positivo), e especificamente como direito a prestações em sentido amplo, o direito à saúde impõe deveres de proteção da saúde pessoal e pública, assim como deveres de cunho organizatório e procedimental (v.g., organização dos serviços de assistência à saúde, das formas de acesso ao sistema, da distribuição dos recursos financeiros e sanitários, etc; bem como a regulação do exercício dos direitos de participação e controle social do SUS, notadamente pela via dos Conselhos e das Conferências de Saúde). Por sua vez, como direito a prestações em sentido estrito, o direito à saúde fundamenta as mais variadas pretensões ao fornecimento de prestações materiais (como tratamentos, medicamentos, exames, internações, consultas etc.). Nesse contexto, saliente-se a tendência crescente da doutrina e da jurisprudência pátrias no sentido da afirmação da exigibilidade judicial de posições subjetivas ligadas à tutela do mínimo existencial – que, por sua vez, vai além da mera sobrevivência física, para albergar a garantia de condições materiais mínimas para uma vida saudável (ou o mais próximo disso, de acordo com as condições pessoais do indivíduo) e, portanto, para uma vida com certa qualidade.





As reformas promovidas pelo legislador constituinte no campo da saúde, além de consolidarem uma garantia constitucional, representaram um marco nas políticas públicas e no sistema de saúde brasileiro vigente à época da promulgação da Constituição de 1988.

Isto, porque até aquele momento, o sistema de saúde brasileiro manteve-se praticamente inalterado desde mudanças sanitárias efetivadas em 1910. Durante mais de sete décadas, um modelo tripartite caracterizava sua estrutura: a saúde pública, sustentada por programas especiais do Ministério da Saúde, unidades sanitárias e mistas da Fundação Sesp, centros e postos de saúde de secretarias estaduais e municipais, bem como a produção de vacinas e medicamentos por empresas estatais; a medicina previdenciária, que atendia apenas trabalhadores contribuintes da previdência social, realizada em hospitais públicos e postos de assistência médica (PAM) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Delegacias Regionais do Trabalho (DRT) e Fundacentro; a medicina liberal, com médicos e dentistas em consultórios particulares, além da medicina de grupo, operada em cooperativas médicas, seguros-saúde, laboratórios, clínicas e hospitais privados, universitários, beneficentes e filantrópicos (PAIM, 2009, p. 28–29).

Esse arranjo refletia um cenário de exclusão e ineficiência, onde o direito à saúde não era plenamente garantido, e o atendimento médico de qualidade estava condicionado à condição financeira e à vinculação ao sistema previdenciário, de modo que a maioria da população, especialmente a mais vulnerável, dependia de instituições de caridade ou filantrópicas para receber cuidados médicos (CAMBI; BOFF, 2015).

Como um dos principais resultados do movimento de reforma sanitária brasileira, com a ruptura com esse modelo liberal e excludente, o SUS foi instituído pelo legislador constituinte como principal instrumento para universalizar o acesso à saúde – uma garantia constitucional visando integrar as ações e serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, que deve observar, entre outras diretrizes, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988, art. 198).

Destaca Paim que “poderia ser considerado uma política de saúde de natureza ‘macro-social’ derivada do projeto da reforma sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde” (2009, p. 29).

As discussões sobre o direito à saúde ganharam ainda mais relevância com o desenvolvimento da doutrina constitucional brasileira.

A aplicabilidade da norma constitucional que garante o direito à saúde é de fundamental importância, pois, à vista de seu caráter pleno e impositivo, impõe, desde a promulgação da Constituição da República, a concretização pelo Estado, por seu caráter pleno. O poder constituinte,



ao definir a saúde como um direito social, garantiu que essa prerrogativa não fosse meramente declaratória, mas vinculante e de eficácia plena.

Segundo Silva (2012, p. 148), o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil estabelece que o direito à saúde, embora dependente da criação de políticas públicas e de instituições específicas, constitui uma imposição constitucional obrigatória. Assim, ele configura uma prestação positiva que o Estado deve assegurar por meio da implementação de ações e serviços que promovam o acesso universal e equitativo à saúde.

O jurista português Canotilho também reforça que os direitos sociais são regras jurídicas aplicáveis e vinculativas de todos os órgãos do Estado (1991, *apud* SILVA, 2012, p. 148), ao afirmar que

o reconhecimento, por exemplo, do direito à saúde é diferente da imposição constitucional que exige a criação do Serviço Nacional de Saúde, destinado a fornecer prestações existenciais iminentes àquele direito. Como as prestações têm, igualmente, uma dimensão subjectiva e uma dimensão objectiva, considera-se que, em geral, esta prestação é o objecto da pretensão dos particulares e do dever concretamente imposto ao legislador através das imposições constitucionais. Todavia, como a pretensão não pode ser judicialmente exigida, não se enquadrando, pois, no modelo clássico de direito subjectivo, a doutrina tende a salientar apenas o dever objetivo da prestação pelos entes públicos e a minimizar o seu conteúdo subjectivo. Ainda aqui a caracterização material de um direito fundamental não tolera esta inversão de planos: os direitos à educação, saúde e assistência não deixam de ser direitos subjectivos pelo facto de não serem criadas as condições materiais e institucionais à fruição desses direitos. (1983, *apud* SILVA, 2012, p. 148–149).

Além disso, Silva sustenta que

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitas à *regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público*, nos termos da lei, a que cabe executá-los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Se a Constituição atribui ao Poder Público o *controle* das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo *controle*, mormente quando aparece ao lado da palavra *fiscalização* (2010, p. 831).

A plena aplicabilidade do direito à saúde, assegurada pela Constituição, exige, deste modo, que o Estado atue de maneira eficaz e contínua, criando as condições institucionais e políticas necessárias para que todos os cidadãos possam exercer esse direito de forma plena e equitativa.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma ruptura significativa em relação ao modelo anterior de acesso restrito aos serviços de saúde, estabelecendo um sistema universal e equitativo que promove a saúde como direito de todos, independentemente das condições socioeconômicas. Ao priorizar a prevenção como estratégia central para a melhoria da saúde da população, o SUS incluiu milhões de brasileiros que anteriormente estavam excluídos do atendimento médico gratuito. Hoje, consolidado como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS oferece serviços abrangentes e gratuitos, assegurando o direito fundamental à saúde para toda a população.



A consolidação do SUS, entretanto, trouxe consigo grandes desafios. O principal deles está relacionado ao seu financiamento. Como destaca Cambi e Boff (2015), a manutenção de um sistema universal e gratuito como o SUS demanda um volume significativo de recursos, sob maior financiamento do governo federal por transferência obrigatória, sem prejuízo de transferências voluntárias decorrentes de convênios firmados entre as esferas governamentais; a par do subfinanciamento crônico, o sistema enfrenta a má-gestão pública, dificultam a expansão e a melhoria dos serviços de saúde, especialmente em regiões mais pobres e desassistidas do país – “a má-gestão administrativa, despreocupada em verificar as reais necessidades da população, é marcada pelo investimento em áreas de menor importância, mas com maior retorno político para os governantes”. A Emenda Constitucional n. 95/2016, que estabeleceu um teto para os gastos públicos por vinte anos, agravou ainda mais essa situação, “retirando a margem para efetuar uma política fiscal anticíclica que comportasse choques adversos” (SCHUERZ, 2023).

As limitações de financiamento tornaram premente a busca por alternativas na gestão dos serviços de saúde, especialmente porque o Sistema Único de Saúde (SUS) não foi concebido como inteiramente público, pois a Constituição prevê a possibilidade de execução de serviços por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, e permite que a assistência à saúde seja exercida pela iniciativa privada, mediante contratos de direito público ou convênios (KRÜGER; REIS, 2019). Dessa forma, estabeleceram-se parcerias entre o Estado e entidades privadas, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS).

#### **4.1.2 Organizações Sociais de Saúde (OSS)**

As Organizações Sociais, instituídas pela Lei nº 9.637/1998, são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998). Assim qualificadas pelo poder público, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) emergem como uma resposta do Estado à crise de financiamento e às limitações impostas ao percentual de gasto com pessoal (CELUPPI et al., 2019), na medida em que firmam contratos de gestão com o poder executivo, assumindo a administração de diversos serviços de saúde, como hospitais, ambulatórios e centros de especialidades, em contrapartida recebem recursos orçamentários e bens públicos, mediante permissão de uso, necessários ao cumprimento do contrato de gestão (BRASIL, 1998, art. 12).

As Organizações Sociais de Saúde desempenham um papel central na execução de políticas de saúde pública em várias regiões do Brasil, sendo responsáveis pela gestão de importantes unidades de saúde.

O arranjo gerou diversos debates, tanto no campo da gestão quanto no campo jurídico, não permanecendo incólume às críticas.



Mansur *et al* (2021) defendem a eficácia deste modelo de gestão para hospitais públicos, ao destacarem que “vinte anos após o modelo ter sido implantado e aperfeiçoado, poucos são os autores que contestam a eficácia e eficiência dos resultados associados à contratualização da gestão com as Organizações Sociais de Saúde reconhecidas”.

De outro lado, Krüger e Reis (2019) sustentam que

essas instituições conveniadas e contratadas pelo Estado, por ser regidas pelo direito privado e ter por princípio *menor custo e maior eficiência*, não têm compromisso com os princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade de acesso, da redução das desigualdades e da participação popular deliberativa. É a partir de todo esse processo de desconstrução dos fundamentos do SUS que vimos esses modelos de gestão sendo cada vez mais fortalecidos pelo Estado com novos arranjos jurídicos. Assim, para a execução e gestão desses serviços, o Estado estruturou um arcabouço legal para criação das organizações sociais (Lei n. 9.637/1998 e Decreto n. 3.100/1999), que são instituições privadas, geridas pelas normas do direito privado e sem fins lucrativos, que podem realizar contratos com o Estado para a execução e gestão dos serviços. A lei confere a entidades teoricamente sem fins lucrativos, qualificadas como OS, o benefício de receberem equipamentos e recursos públicos para administrar as unidades com autonomia, contratar funcionários sem concurso público, comprar sem licitações, não serem fiscalizadas pelos conselhos, tendo liberdade na gestão dos serviços, podendo inclusive fechar as portas para os usuários.

Neste diapasão, ao se assegurar às organizações sociais os créditos previstos no orçamento e as respectivas liberações financeiras, exsurge o principal ponto de controvérsia: a (im)penhorabilidade das verbas públicas repassadas às Organizações Sociais de Saúde por inadimplemento contratual com terceiros. Isto, por serem recursos de origem pública, teoricamente estariam protegidos pelo instituto da impenhorabilidade previsto no art. 833, inciso IX, do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015). A judicialização da saúde, impulsionada pelo inadimplemento destas entidades com os prestadores de serviços subcontratados, levantou questionamentos sobre essa proteção constituir verdadeiro salvo conduto.

O aumento da judicialização envolvendo as Organizações Sociais de Saúde pode ser atribuído ao modelo de subcontratação adotado por essas entidades, na medida em que, além da aquisição de insumos, materiais e a prestação de serviços periféricos (segurança, limpeza e manutenção, por exemplo), muitas delas igualmente delegam parte dos serviços de saúde que deveriam prestar, estabelecendo contratos com empresas privadas ou profissionais autônomos; no entanto, quando enfrentam dificuldades financeiras e não conseguem cumprir suas obrigações com os subcontratados, estes credores recorrem ao Judiciário para assegurar o pagamento dos valores devidos. Assim, a judicialização se torna um mecanismo de proteção aos direitos dos credores, embora acabe por gerar conflitos com o princípio da impenhorabilidade das verbas públicas, suscitando questões relevantes sobre a sustentabilidade desse modelo.

A jurisprudência sobre o tema tem oscilado ao longo dos anos. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), neste particular, tem proferido decisões importantes sobre a possibilidade de penhora de ativos financeiros das OSS para garantir o pagamento de dívidas, à medida que, nos últimos



anos, passou a admitir, com maior frequência, a penhora desses valores, especialmente quando as entidades privadas não se desincumbem do *onus probandi* da origem pública dos valores constrictos. Esses julgados indicam uma flexibilização do princípio da impenhorabilidade, sobretudo quando a penhora é vista como um meio necessário para assegurar a prestação de serviços fundamentais à população.

Esse contexto impõe um dilema à governança pública: como assegurar a sustentabilidade financeira das OSS, garantir o pagamento justo aos credores e, simultaneamente, proteger os recursos públicos essenciais para a continuidade dos serviços de saúde? Uma possível solução para esse impasse pode residir na adoção de novas tecnologias e sistemas de gestão mais eficientes, conforme sugerido pelo conceito de cidades inteligentes.

#### **4.1.3 Cidades Inteligentes e Saúde Pública**

O conceito de cidades inteligentes tem ganhado espaço no debate sobre governança pública e gestão de recursos, especialmente em áreas como transporte, segurança, energia e, claro, saúde. Cidades inteligentes referem-se a áreas urbanas que utilizam tecnologias emergentes — como Internet das Coisas (IoT), big data e inteligência artificial — para melhorar a eficiência dos serviços públicos e aumentar a qualidade de vida de seus habitantes (GIFFINGER et al., 2007). No contexto da saúde, as cidades inteligentes oferecem oportunidades para otimizar a gestão dos serviços, melhorar a alocação de recursos e prevenir o desperdício de verbas públicas.

O uso de tecnologias digitais permite uma fiscalização mais rigorosa sobre a execução dos contratos firmados entre o poder público e as OSS. Ferramentas de monitoramento em tempo real, por exemplo, podem ser utilizadas para acompanhar a utilização dos recursos e garantir que as verbas destinadas à saúde sejam empregadas de forma eficiente e transparente. Além disso, a implementação de sistemas de gestão preditiva “com base nas melhores práticas, em processos, planejamento, gestão e maximização de recursos apoiado por uma plataforma de tecnologia da informação e seguido de uma regulação estatal eficiente” (REZENDE; BLIACHERIENE, 2017), pode ajudar a identificar problemas antes que eles resultem em inadimplências ou na interrupção dos serviços de saúde, tornando desnecessária a judicialização

Outro aspecto relevante das cidades inteligentes é o uso da inteligência artificial para auxiliar na tomada de decisões. Ao coletar e analisar grandes volumes de dados, a inteligência artificial pode prever demandas futuras, permitindo que os gestores públicos tomem decisões mais informadas sobre a alocação de recursos. No setor de saúde, essa capacidade de previsão pode ser particularmente útil para evitar a superlotação de hospitais, melhorar o gerenciamento de estoques de medicamentos e otimizar o fluxo de pacientes.



No entanto, a implementação das cidades inteligentes enfrenta desafios significativos, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. As desigualdades regionais, a falta de infraestrutura digital em muitas áreas e as limitações orçamentárias são obstáculos para a adoção em larga escala dessas tecnologias. Além disso, questões de segurança cibernética e proteção de dados também precisam ser cuidadosamente gerenciadas, até para evitar danos preditivos à privacidade dos indivíduos, uma vez que as cidades inteligentes dependem da coleta e análise de grandes volumes de dados pessoais (KITCHIN, 2016).

Embora a adoção plena das cidades inteligentes no Brasil ainda enfrente um caminho desafiador, o potencial dessas tecnologias para aprimorar a governança pública e otimizar a gestão dos serviços de saúde é inegável. Nesse contexto, a implementação de ferramentas digitais e sistemas de monitoramento pode constituir uma solução viável para os desafios enfrentados pelas OSS e para a judicialização da saúde, promovendo uma governança mais eficiente e transparente.

## 4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados desta pesquisa se concentra na interpretação dos acórdãos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) relacionados à penhorabilidade das verbas públicas destinadas às Organizações Sociais de Saúde (OSS), bem como na discussão dos impactos dessas decisões para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a continuidade dos serviços essenciais de saúde pública. O estudo também discute os desafios que envolvem a governança dessas entidades no contexto de cidades inteligentes.

### 4.2.1 A Penhorabilidade de Verbas Públicas em Organizações Sociais de Saúde

A análise dos acórdãos revelou que a jurisprudência do TJSP, em relação à penhorabilidade de verbas públicas repassadas às Organizações Sociais de Saúde apresenta uma tendência à flexibilização, na medida em que, constatadas determinadas condições fáticas ou processuais, os ativos financeiros podem ser penhorados para garantir o pagamento de credores privados. No total, foram analisados setenta e sete acórdãos, dos quais vinte e seis sustentaram a impenhorabilidade absoluta das verbas públicas destinadas às OSS, enquanto cinquenta e um arestos tenderam à flexibilização da impenhorabilidade desses valores, admitindo a efetiva constrição de ativos financeiros das organizações sociais, ainda que parcialmente.

A dicotomia jurisprudencial está diretamente relacionada às circunstâncias fáticas de cada caso, especialmente no que se refere ao destino das verbas e às questões envolvendo a distribuição do ônus da prova.

Os julgamentos que preservaram a impenhorabilidade absoluta de ativos financeiros de Organizações Sociais de Saúde, gravitam em torno do entendimento de que as verbas repassadas pelo



Estado a essas organizações são protegidas pela natureza pública de sua destinação, conforme disposto no art. 833, inc. IX, do Código de Processo Civil (BRASIL, 2015). No julgamento do agravo de instrumento n. 247780-54.2019.8.26.0000, pela 26ª Câmara de Direito Privado, a relatora, desembargadora Berenice Marcondes Cesar, fundamentou que

“a impossibilidade de bloqueio de valores oriundos de verbas públicas destinadas a investimento em serviços de saúde é prevista expressamente em lei (art. 833, inciso IX, do CPC) e já é decorrência direta da norma constitucional que confere relevância pública às ações e serviços de saúde (art. 197, ‘caput’, CF/88). Tal arcabouço normativo permite entender que qualquer verba pública repassada a entidade privada para o custeio de serviços de saúde deve ser considerada impenhorável, pois destinada a serviços de relevância pública”.

Adicionalmente, destaca-se o fundamento da preponderância do interesse público na prestação dos serviços de saúde em relação ao interesse privado do credor. Sobre a questão, decidiu o desembargador Jacob Valente, no julgamento do agravo de instrumento n. 021960-12.2022.8.26.0000, que:

tem-se que a penhora pretendida, certamente ensejará risco de dano à população atendida pelas entidades de saúde que são beneficiadas em razão dos convênios realizados entre as Prefeituras e a executada.

(...)

Por fim, incumbe ressaltar que deve prevalecer o interesse público na prestação de serviços de saúde à população sem recursos financeiros, sobre o interesse privado da credora, que poderá buscar a satisfação de seu crédito mediante a penhora de outros ativos do patrimônio da devedora.

Por outro lado, os acórdãos favoráveis à penhora dos ativos financeiros das Organizações Sociais de Saúde, como meio de assegurar o cumprimento dos contratos, fundamentados na ausência de comprovação, por parte das OSS, da origem pública dos valores, ou na confusão desses recursos com recebimentos de natureza privada.

No julgamento do agravo de instrumento n. 2124896-18.2022.8.26.0000, pela 13ª Câmara de Direito Privado, sob a relatoria do desembargador Nelson Jorge Junior, assentado o entendimento seguinte:

A prestação de serviço que executa beneficia o cidadão do município, porém isso não pode justificar uma moldura, um escudo a impedir de dar cumprimento as obrigações contratuais firmadas, pois evidenciaria forte contrassenso que desorganiza a contribuição humana.

Portanto, não se demonstrando sequer as diferenças entre o serviço que executa para fins de lucro e a remuneração destinada para o atendimento do cidadão, não se vislumbra plausibilidade nas alegações, devendo prevalecer, por ora, a penhorabilidade da verba constricta tal qual determinada pelo Juízo *a quo*.

Destaca-se, também, a corrente que defende a inoponibilidade do instituto da impenhorabilidade nas hipóteses de prestação de serviços relacionados diretamente ao objeto de sua contratação; na apreciação do recurso de agravo de instrumento n. 2290565-60.2021.8.26.0000, em que se discute a eventual desconstituição da constrição de ativos de OSS, em ação de execução de



título extrajudicial assentada em contrato de locação de enxoval hospitalar, o desembargador relator concluiu que

(...) ainda que a Recorrente receba subvenção do Poder Público, em vista de seu ramo de atuação, as verbas recebidas passam a ter caráter privado e, conquanto se destinem à prestação de serviços de saúde, é exatamente em razão desses serviços que contraiu as dívidas que agora vem sendo executadas.

Tais verbas se destinam ao pagamento de seus fornecedores e de seus débitos, judiciais ou extrajudiciais, e a aquisição de insumos e despesas decorrentes do próprio exercício da atividade fim, de forma que não haveria sentido em se determinar causa de impenhorabilidade, na hipótese. Sendo assim, inexistindo prova suficiente de que a constrição tenha recaído especificamente sobre verba originária do Poder Público, para aplicação na área de saúde, não é possível determinar a liberação dos valores objeto de penhora nos autos.

Apresentamos, abaixo, um quadro-resumo dos principais fundamentos dos acórdãos analisados:

| Posição                  | Fundamento   | Quantidade |
|--------------------------|--|------------|
| <i>Impenhorabilidade</i> | As Organizações Sociais são submetidas ao controle do Poder Público e obrigadas a prestar contas dos recursos públicos recebidos, sob pena de perderem sua qualificação. Esses recursos são vinculados à atividade-fim das Organizações Sociais — a prestação de serviços públicos de saúde, os quais são essenciais e não podem ser interrompidos. Por essa razão, aplica-se a impenhorabilidade prevista no art. 833, inciso IX, do Código de Processo Civil.  | 26         |
| <i>Penhorabilidade</i>   | Cabe à Organização Social o dever de comprovar a origem pública das verbas recebidas, bem como distingui-las dos valores oriundos da remuneração por serviços prestados de forma particular. Caso não cumpra o ônus da prova que lhe é atribuído, prevalece a penhorabilidade dos ativos financeiros objeto de constrição. Ressalte-se que não há impedimento para a penhora de valores de origem privada, sendo a impenhorabilidade aplicável exclusivamente às quantias comprovadamente provenientes de recursos públicos. | 36         |
| <i>Penhorabilidade</i>   | Constrição judicial de ativos que recai em conta bancária diversa da prevista em contrato com o Poder Público, sem que a Organização Social se desincumba, do mesmo modo, do ônus de provar a origem pública do recurso e sua destinação à saúde.  | 4          |
| <i>Penhorabilidade</i>   | Uma vez transferidos os recursos para a colaboração entre a Organização Social e o ente público, a responsabilidade pela gestão desses valores passa a ser da própria Organização Social. Nesse caso, não se aplica a proteção prevista no art. 833, inciso IX, do Código de Processo Civil, em razão do disposto no art. 42, inciso XIX, da Lei nº 13.019/2014.   | 2          |
| <i>Penhorabilidade</i>   | A impenhorabilidade não é oponível às cobranças por serviços executados ou insumos fornecidos pela Organização Social, conforme o art. 833, §1º, do Código de Processo Civil, permitindo a penhora de um percentual das verbas repassadas.   | 9          |

Fonte: Dados elaborados pelo autor com base na análise dos acórdãos do TJSP.

#### 4.2.2 Impactos para o financiamento e continuidade dos serviços de saúde

As decisões judiciais que autorizam a penhora de verbas públicas repassadas às OSS têm implicações diretas para a continuidade dos serviços de saúde. As OSS, como entidades sem fins lucrativos que dependem integralmente dos recursos públicos para executar suas atividades, enfrentam um dilema quando suas contas são bloqueadas para satisfazer dívidas com terceiros. Por um lado, o





bloqueio desses valores pode assegurar que prestadores de serviços e fornecedores recebam os valores devidos; por outro lado, essa prática compromete o fluxo financeiro necessário para a manutenção dos serviços de saúde, impactando negativamente a qualidade e a continuidade do atendimento à população.

O subfinanciamento do SUS, com eventuais ausências de repasses, é um dos principais fatores que contribuem para a ineficácia das Organizações Sociais de Saúde. As entidades, muitas vezes, precisam fazer escolhas difíceis sobre quais dívidas priorizar, e o atraso nos pagamentos para prestadores de serviços é uma prática relativamente comum. Esse cenário é agravado pela falta de clareza em relação aos mecanismos de fiscalização das OSS, o que cria um ambiente propício para a judicialização.

A judicialização também tem gerado um aumento nos custos administrativos das OSS, que precisam dedicar parte de seus recursos à defesa judicial e ao pagamento de condenações. Essa situação gera um ciclo vicioso: quanto mais enfrentam problemas financeiros, maior é a dependência da judicialização para resolver pendências contratuais, o que acaba gerando mais despesas e afetando ainda mais sua capacidade de prestar serviços de saúde.

Outro ponto relevante é o impacto dessas decisões no planejamento financeiro das Organizações Sociais de Saúde. Como as verbas públicas repassadas pelo Estado devem ser aplicadas exclusivamente na execução dos serviços de saúde contratados, qualquer bloqueio ou desvio desses recursos compromete a eficiência da gestão pública. Rezende e Bliacheriene (2017) defendem uma revolução na gestão das políticas públicas de saúde, com implemento de modernas técnicas de gestão somadas à aplicação de inteligência para a tomada da decisão administrativa, acompanhamento e para a avaliação das políticas públicas e dos atos administrativos – dentre os quais, o repasse das verbas públicas às entidades privadas. Além disso, as decisões judiciais, ao flexibilizarem a impenhorabilidade das verbas públicas, criam um ambiente de insegurança jurídica para as OSS, que passam a enfrentar maior instabilidade em suas operações.

#### **4.2.3 Desafios jurídicos e administrativos para Cidades Inteligentes**

No contexto das cidades inteligentes, a discussão sobre a penhorabilidade das verbas públicas adquire uma nova dimensão. A aplicação de tecnologias emergentes para melhorar a governança pública e otimizar a prestação de serviços de saúde é uma das promessas das cidades inteligentes. Giffinger et al. (2007) destacam que as cidades inteligentes se caracterizam pela capacidade de integrar sistemas urbanos, utilizando tecnologias como *big data* e Internet das Coisas (IoT) para monitorar, prever e otimizar a alocação de recursos.

A utilização dessas tecnologias no contexto das OSS pode ser uma solução para mitigar os problemas de gestão financeira e, conseqüentemente, reduzir a judicialização da saúde. O uso de



sistemas preditivos de gestão financeira, por exemplo, pode auxiliar as OSS a prever com maior precisão suas despesas, alocar recursos de maneira mais eficiente e evitar o inadimplemento. Além disso, ferramentas de auditoria automatizada podem garantir maior transparência no uso das verbas públicas, dificultando o uso inadequado dos recursos e aumentando a confiança dos credores e da sociedade.

Entretanto, a implementação de cidades inteligentes no Brasil enfrenta desafios consideráveis, especialmente relacionados à desigualdade digital e à falta de infraestrutura tecnológica em muitas regiões do país. Enquanto grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, têm avançado na implementação de tecnologias para melhorar a gestão pública, regiões mais periféricas enfrentam dificuldades para adotar essas inovações. Como resultado, as OSS que operam em áreas com menor desenvolvimento tecnológico podem continuar a enfrentar desafios relacionados à transparência e à eficiência de sua gestão financeira, perpetuando o ciclo de judicialização.

#### **4.2.4 Discussão dos resultados à luz da literatura**

Os resultados desta pesquisa corroboram com os estudos de Cambi e Boff (2015) e Paim (2009), que apontam para os desafios enfrentados pelo SUS na gestão de recursos públicos pelas OSS. A flexibilização da jurisprudência sobre a penhorabilidade das verbas públicas reflete uma tentativa dos tribunais de equilibrar os direitos dos credores com a necessidade de garantir a continuidade dos serviços de saúde. No entanto, essa flexibilização também coloca em risco a execução das políticas públicas, especialmente em um cenário de subfinanciamento crônico e judicialização crescente.

Por outro lado, os resultados também indicam que a adoção de tecnologias emergentes, como as propostas pelas cidades inteligentes, pode ser uma solução viável para melhorar a governança das OSS e reduzir a necessidade de judicialização. As cidades inteligentes oferecem um ambiente propício para a inovação na gestão pública, proporcionando maior transparência, eficiência e sustentabilidade para os serviços de saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como objetivo principal analisar a questão da penhorabilidade de verbas públicas repassadas às Organizações Sociais de Saúde (OSS), à luz da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), e discutir as implicações dessa prática para a continuidade dos serviços essenciais de saúde, bem como para a governança pública, especialmente no contexto das cidades inteligentes.

Os resultados da análise revelaram uma crescente flexibilização por parte do TJSP no que diz respeito à penhora de verbas públicas destinadas às Organizações Sociais de Saúde. Em diversos acórdãos, os magistrados reconheceram que, em casos de inadimplemento por parte das OSS,



especialmente quando isso afeta diretamente o pagamento de prestadores de serviços terceirizados e fornecedores, a penhora pode ser permitida se a organização social não se desincumbir do ônus de provar a pureza da origem pública dos ativos financeiros, sem confusão alguma com eventuais outros valores de origem privada; crescente, outrossim, o entendimento relativo à inoponibilidade da regra de impenhorabilidade de valores, ainda que originado de verbas públicas, se decorrente de cobrança pela prestação de serviços de saúde ou fornecimento de insumos e materiais, com os quais a Organização Social de Saúde tenha se comprometido com o Poder Público. Esses entendimentos, contudo, geram um conflito entre a necessidade de garantir o pagamento dos credores e a preservação da continuidade dos serviços de saúde, o que, no campo prático, pode prejudicar a sustentabilidade financeira dessas entidades e comprometer a execução das políticas públicas de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, depende de uma gestão eficiente e de um financiamento adequado para cumprir sua função constitucional de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. O estudo demonstrou que o modelo de gestão das OSS, embora tenha sido introduzido como uma solução para os problemas de eficiência do SUS, enfrenta dificuldades financeiras que frequentemente resultam em inadimplência e, conseqüentemente, na judicialização dos contratos. Como afirmam Cambi e Boff (2015), a efetividade do direito à saúde depende não apenas da existência de políticas públicas, mas de sua adequada execução e financiamento. A falta de recursos suficientes e a má gestão são entraves significativos para o bom funcionamento das OSS e, por conseguinte, para o próprio SUS.

A judicialização das relações entre as OSS e seus prestadores de serviços é um reflexo dos problemas estruturais que afetam a gestão dos recursos públicos no Brasil. A pesquisa identificou que as OSS, ao não cumprirem com suas obrigações financeiras, geram uma sobrecarga para o Judiciário, o que por sua vez cria um ciclo vicioso em que a judicialização acaba por aumentar os custos administrativos dessas organizações e, conseqüentemente, afetar ainda mais sua capacidade de gestão.

Neste cenário, a implementação de cidades inteligentes surge como uma alternativa viável para melhorar a governança pública e a gestão das OSS. As cidades inteligentes, ao utilizarem tecnologias emergentes, como *big data*, inteligência artificial e Internet das Coisas (IoT), têm o potencial de otimizar a alocação de recursos e aumentar a eficiência dos serviços públicos. Essas tecnologias podem ser usadas para monitorar em tempo real o uso das verbas públicas, garantindo maior transparência e eficiência na execução dos contratos firmados com as OSS. Além disso, sistemas de gestão preditiva podem ajudar a prever inadimplências e a evitar interrupções nos serviços de saúde, minimizando a necessidade de judicialização.

Todavia, a adoção de tecnologias avançadas no contexto das OSS enfrenta obstáculos significativos, especialmente em regiões do Brasil onde a infraestrutura tecnológica é precária. Além disso, como apontam Rezende e Bliacheriene (2017), “o conceito de gestão integrada de saúde dentro



do projeto das *smart cities*, se faz absolutamente necessário nos seus diferentes aspectos ainda, não são abordados ou acolhidos no sistema público de saúde”.

Conclui-se, portanto, que a penhorabilidade das verbas públicas destinadas às OSS é uma questão delicada, que exige um equilíbrio entre a proteção dos direitos dos credores e a garantia da continuidade dos serviços públicos de saúde. A jurisprudência atual do TJSP reflete um esforço para encontrar esse equilíbrio, mas a situação ainda é instável, especialmente em um contexto de subfinanciamento do SUS e de crescente judicialização. A adoção de novas tecnologias no contexto das cidades inteligentes pode ser uma solução para alguns dos problemas identificados, mas a sua implementação requer políticas públicas robustas e uma coordenação interinstitucional eficaz.

No que se refere às futuras pesquisas, é necessário explorar com mais profundidade a viabilidade da aplicação de soluções tecnológicas na gestão das OSS, assim como avaliar o impacto a longo prazo da judicialização sobre o financiamento do SUS. Além disso, estudos comparativos entre diferentes Estados brasileiros, e mesmo entre países que enfrentam desafios semelhantes no campo da saúde pública, podem fornecer *insights* valiosos sobre como mitigar os efeitos negativos da judicialização e melhorar a gestão das OSS.



## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília/DF. 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto n. 3.100, de 30 de junho de 1999. Regulamenta a Lei no 9.790, de 23 de março de 1999, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília/DF. 30 jun. 1999 b.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília/DF. 13 set. 2000.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília/DF. 15 dez. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF. 19 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília/DF. 15 maio 1998.

BRASIL. Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília/DF. 3 jun. 1998.

BRASIL. Lei n. 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília/DF. 23 mar. 1999 a.

BRASIL. Lei n. 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília/DF. 16 mar. 2015.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília/DF. 13 jan. 2012.

CAMBI, E.; BOFF, D. B. Efetividade do direito à saúde pública no Brasil. *Revista dos Tribunais*, v. 954, p. 119–151, abr. 2015.

CELUPPI, I. C. et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 302–313, 5 ago. 2019.



GIFFINGER, R. et al. Smart Cities: Ranking of European Medium-Sized Cities. Vienna: Centre of Regional Science, 2007.

KITCHIN, R. The ethics of smart cities and urban science. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*, v. 374, n. 2083, 2016.

MAIA, M. C. O direito à saúde à luz da Constituição e do Código de Defesa do Consumidor. *Revista de Direito do Consumidor*, v. 84, p. 197–221, dez. 2012.

MENDES, G. F.; BRANCO, P. G. G. Curso de direito constitucional. 6<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em: 17 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitution of the World Health Organization. , 22 jul. 1946. Disponível em: <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>>. Acesso em: 17 set. 2024

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 27–37, abr. 2009.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1723–1728, jun. 2018.

REZENDE, N. F.; BLIACHERIENE, A. C. Direito à saúde e políticas públicas de saúde para as smart cities. *PIDCC: Revista em propriedade intelectual direito contemporâneo*, v. 11, n. 1, p. 76–87, 2017.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Agravo de instrumento n. 2021960-12.2022.8.26.0000. Agravante: Provisão – Centro de Prevenção e Reabilitação de Deficiência da Visão. Agravado: Dias e Neves Serviços Médicos S/S Ltda. Relatora: Desembargadora Berenice Marcondes Cesar. São Paulo, 11 de fevereiro de 2020. Data de registro: 11 de fevereiro de 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Agravo de instrumento n. 2290565-60.2021.8.26.0000. Agravante: Instituto de Desenvolvimento de Gestão, Tecnologia e Pesquisa em Saúde e Assistência Social. Agravado: Lave Bras Serviços Ltda. Relator: Desembargador Ademir Benedito. São Paulo, 8 de fevereiro de 2022. Data de registro: 8 de fevereiro de 2022.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Agravo de instrumento n. 247780-54.2019.8.26.0000. Agravante: Instituto Social Saúde Resgate a Vida. Agravado: APSMED – Assessoria e Prestação de Serviços Médicos Ltda. Relator: Desembargador Jacob Valente. São Paulo, 25 de abril de 2022. Data de registro: 25 de abril de 2022.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Agravo de instrumento n. 2124896-18.2022.8.26.0000. Agravante: IVS - Instituto Vida e Saúde. Agravado: Gihad Ahmid Abou Abbas Sociedade Individual de Advocacia. Relator: Desembargador Nelson Jorge Junior. São Paulo, 24 de agosto de 2022. Data de registro: 24 de agosto de 2022.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito do Consumidor*, v. 67, p. 125–172, jul. 2008.



SILVA, M. F. O uso de indicadores do sistema único de saúde para o planejamento de serviços públicos de saúde no município de Ilhabela/SP. Dissertação. Universidade Nove de Julho, 2023.

SILVA, J. A. DA. Curso de direito constitucional positivo. 33<sup>a</sup> ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

SILVA, J. A. DA. Aplicabilidade das normas constitucionais. 8<sup>a</sup> ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2012.

SOUZA, L. P. DE; ANTONELLI, E. DE A. Cobertura assistencial do tratamento do espectro autista nos planos de saúde na jurisprudência recente do Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. *Unisanta Law and Social Science*, v. 12, n. 2, p. 51–67, 2023.