

Os contratos de gestão de saúde firmados entre o Poder Público e Organizações Sociais sob a ótica constitucional

Health management contracts between the Public Power and Civil Society Organizations under the constitutional view

Cynthia Gruending Juruena¹

Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR-Brasil)
cjuruena@gmail.com

Adriana da Costa Ricardo Schier²

Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL-Brasil)
adrianacrschier@uol.com.br

Resumo

O direito à saúde está previsto na Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, dentro do rol de direitos fundamentais expressamente previstos no catálogo. Há uma constante preocupação, no entanto, com a efetividade desse direito social e a sua universalização. A Constituição de 1988 prevê que o direito à saúde é dever de todos, tratando, inclusive, da participação da iniciativa privada e de organizações sem fins lucrativos para a sua concretização. Tendo em vista uma crescente atuação das organizações sem fins lucrativos nessa seara, o problema de pesquisa que se enfrentou no presente artigo é se há uma compatibilidade entre a ótica constitucional dos contratos de gestão de saúde junto ao sistema único de saúde - especificamente aqueles contratos firmados com organizações sociais -, com o que vêm tratando a doutrina e a práxis. A metodologia de pesquisa adotada é o método hipotético-dedutivo, partindo-se da hipótese de que o entendimento da doutrina e da modelagem que vem sendo adotado muitas vezes diverge do que preconiza o texto constitucional. Os resultados

¹ Pesquisa Pós-doutoral em Direito na PUCPR - inserido em pesquisa com financiamento do CNJ. Doutora em Direito, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), com bolsa Capes. Mestre em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), com bolsa Capes. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Imaculada Conceição, 1155, Bloco Vermelho, Bairro Prado Velho, 80215-901, Curitiba, PR, Brasil.

² Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário do Brasil - Unibrasil. Pós-Doutora pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora e Mestre em Direito do Estado pela Universidade Federal do Paraná. Complexo de Ensino Superior do Brasil, Rua Konard Adenauer, 442, Bairro Tarumã, 82820-540, Curitiba, PR, Brasil.

preliminares são de que a doutrina oscila bastante em relação ao tema e que está havendo uma ampliação nas parcerias com organizações sociais, embora a CRF/88 trate de uma prevalência da atuação direta estatal no âmbito do sistema público de saúde.

Palavras-chave: Direitos fundamentais. Organizações sociais. Contrato de gestão de saúde. Constituição da República Federativa de 1988. Sistema único de saúde.

Abstract

The right to health is provided in the Constitution of the Brazilian Federative Republic of 1988, within the list of fundamental rights expressly provided for in the catalog. There is a constant concern, however, with the effectiveness of this social right and its universalization. The Constitution of 1988 provides that the right to health is everyone's duty, including the participation of the private sector and non-profit organizations for its realization. In view of the growing role of nonprofit organizations in this area, the research problem faced in this article is whether there is a compatibility between the constitutional perspective of health management contracts with the single health system - specifically those signed with social organizations - with what doctrine and praxis have been dealing with. The research methodology adopted is the hypothetical-deductive method, based on the hypothesis that the understanding of the doctrine and modeling that has been adopted often differs from what the constitutional text advocates. The preliminary results are that the doctrine fluctuates considerably in relation to the theme and that there is an expansion in partnerships with social organizations, although the Constitution deals with the prevalence of direct state action within the scope of the public health system.

Keywords: Fundamental rights. Social organizations. Health management contract; Constitution of 1988; health public system.

Considerações iniciais

O sistema único de saúde (SUS) brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo a maior política pública no Brasil para o setor da saúde. Essa é uma política pública de Estado, prevista na Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, sendo, posteriormente, editada a Lei 8.080/90, que estabelece princípios e diretrizes para a gestão do sistema de saúde.

Enfrentar o tema do sistema único de saúde é tarefa árdua, visto que envolve o âmbito jurídico e político, o âmbito constitucional e infraconstitucional, a seara teórica e prática e, acima de tudo, o direito à saúde como fundamental para a concretização da dignidade da pessoa humana e do direito à vida. Dentro de todas as esferas que compõem a estruturação do SUS, entra o debate da atuação da iniciativa privada e das organizações sem fins lucrativos,

que será o enfoque do presente artigo. É importante ressaltar que os contratos de gestão somente são firmados com organizações sociais, conforme disposto no artigo 5º da Lei 9.637/98.³ Dessa forma, a pesquisa se centrará nessa espécie de organizações sem fins lucrativos.

O problema de pesquisa que se enfrenta aqui é analisar se o que dispõe o texto constitucional, em seu artigo 199, parágrafo 1º, está em consonância com o posicionamento majoritário da doutrina e o que vêm sendo adotado na prática. Para isso, o artigo será estruturado em três partes: 1) explanar, em linhas gerais, o sistema público de saúde brasileiro e o direito fundamental social à saúde; 2) abordar aspectos fundamentais do terceiro setor e dos contratos de gestão de saúde firmados entre essas entidades com o Poder Público (conforme previsto na Constituição de 1988); e 3) verificar se cabe a adoção do princípio da subsidiariedade quando se trata da parceria entre organizações sociais e Estado no âmbito do sistema único de saúde.

A metodologia de pesquisa que será adotada é o método hipotético-dedutivo, tendo-se como hipótese inicial do trabalho que há uma divergência entre o que estabelece a Constituição, a doutrina e o que vêm sendo adotado na prática. A relevância da pesquisa, dessa forma, está em verificar se o texto constitucional está sendo concretizado, permitindo-se a devida realização do direito fundamental à saúde.

O sistema único de saúde (SUS) como concretizador do direito fundamental à saúde

O direito à saúde é um direito fundamental social previsto na Constituição de 1988, cláusula pétrea, que institui o Estado Democrático de Direito e tem, dentre seus objetivos, a garantia do desenvolvimento nacional e a promoção do bem de todos. No campo de atuação do sistema único de saúde (SUS) - sistema público brasileiro -, há a previsão do desenvolvimento científico e tecnológico, indo em direção ao objetivo do desenvolvimento nacional. Além disso, os princípios da universalização e gratuidade do SUS se coadunam com a promoção do bem de todos, visto que a saúde é essencial.

A análise da estrutura jurídica do Sistema Único de Saúde, cuja normativa constitucional possui um significado histórico, faz-se necessária, tendo em vista que modificou drasticamente a forma de o Estado brasileiro intervir na saúde pública. Um modelo de sistema de saúde antes marcado por seu caráter privatista e excludente (visto que atendia somente indivíduos vinculados ao mercado de trabalho formal), a partir da Constituição de 1988 passa a ser um sistema público e de acesso universal (PIVETTA, 2014, p. 20-21). Essa nova estruturação ocorre a fim de dar concretude ao que postula a Constituição de 1988, que é a saúde como direito de todos e dever do Estado.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), o SUS compreende os seguintes

³ Art. 5º Para os efeitos desta Lei, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às áreas relacionadas no art. 1º (BRASIL, 1998).

princípios: a universalidade do acesso à toda população, a integralidade da atenção (ações e serviços preventivos, curativos em todos os níveis de complexidade), equidade (promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades) e participação social nas instâncias de gestão. Os princípios organizativos do SUS centram-se na intersectorialidade (de modo a integrar o conjunto de ações), na descentralização político-administrativa (cada esfera de governo detém atribuições próprias), hierarquização e regionalização, segundo níveis de complexidade e transversalidade.

Além disso, destaca-se que a universalização da saúde é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), e o item 3.8 estabelece que deverá se “**3.8** Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (NAÇÕES UNIDAS). No entanto, a falta de investimentos no SUS, bem como a promulgação da Emenda Constitucional 95/16, que estabeleceu cortes no orçamento, representarão significativo empasse para concretização do compromisso firmado com relação a esse ODS (ARAÚJO; LOZADA, p. 12). As dificuldades e desafios serão ainda maiores diante as implicações trazidas pela pandemia da COVID-19.⁴

É importante expor algumas definições trazidas por portarias, como a Norma Operacional Básica (NOB) 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu anexo e a Portaria 95/2001 – Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que tratam do modelo de gestão do SUS e estabelecem campos de atuação.

Segundo a NOB 1/96 (BRASIL), a atenção à saúde encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, e compreende três grandes campos (assistência, intervenções ambientais e políticas externas ao setor da saúde). A assistência à saúde, essencial para o presente artigo, é caracterizada como sendo as atividades que são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.

Acerca da estruturação do sistema único de saúde, Ana Helena Corazza (2018, p. 48) destaca que “o SUS foi gestado de um processo de maturação social, alinhado com um projeto de Estado de Bem-Estar Social, ou seja, é fruto de uma narrativa avessa aos ideais mais contemporâneos de esvaziamento dos compromissos sociais do Estado em áreas como saúde”. No entanto, deve prevalecer a leitura de como deve se dar a estruturação do sistema público de saúde em conjunto com o que estabelece a Constituição de 1988.

A Constituição da República Federativa de 1988, como foi visto, representa um paradigma no acesso à saúde, que era anteriormente pautado pela exclusão de grupos que não possuíam trabalhos formais⁵. No entanto, a CRFB/88 também manteve a possibilidade de prestação dos serviços de saúde pela iniciativa privada.

⁴ Conferir, sobre o tema: NAÇÕES UNIDAS. 2020. CEPAL: para reconstruir América Latina e Caribe pós-pandemia, é necessário igualdade e estabilidade. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/cepal-para-reconstruir-america-latina-e-caribe-pos-pandemia-e-necessario-igualdade-e-estabilidade/>>.

⁵ E o trabalho informal nos últimos anos tem representado a realidade de grande parte da população desde o início da década de 1980, onde cerca de 28% da população não possuíam carteira assinada (ULYSSEA, 2006, p. 596-597).

Ressalta-se que uma modificação que vem ocorrendo na esfera do sistema único de saúde é o aumento nos contratos de gestão com entidades do terceiro setor – as organizações sociais -, tendo em vista que, muitas vezes, há escassez nas unidades de saúde, e a diminuição nos repasses ao SUS intensifica essas condições.

No entanto, algumas questões dificultosas estão sendo enfrentadas por esse crescimento nas parcerias com as organizações da sociedade civil. Élide Pinto (2019) tece uma crítica com relação às prestações de contas dos repasses ao terceiro setor, destacando especialmente problemas na área da saúde. Isso porque tem-se detectado, diversas vezes, uma espécie de fuga do regime jurídico administrativo em direção ao direito privado⁶, inclusive ocorrendo, em alguns casos, uma tentativa de burla ao limite de despesa de pessoal, em afronta ao artigo 18, §1º da Lei de Responsabilidade Fiscal⁷. Os processos de prestação de contas dos repasses ao terceiro setor na política pública de saúde se ausentam de um devido processo que ateste, de forma transparente e simples, a razoabilidade da equação entre custos e preços praticados em face dos resultados alcançados.

Diante da relevância do sistema único de saúde para a concretização do fundamental direito à saúde, verificando-se que há uma elevação no número de parcerias firmadas entre o Poder Público e as organizações sociais para a prestação desse serviço público não-exclusivo, faz-se necessário um olhar atento ao tratamento constitucional concedido a esses contratos de gestão de saúde.

Uma análise do contrato de gestão de saúde à luz do art. 199, parágrafo 1º da Constituição de 1988

Em um primeiro momento, antes de adentrar na análise do artigo 199, parágrafo 1º da Constituição da República Federativa de 1988, importa explanar o que são os contratos de gestão de saúde. O enfoque que será concedido na abordagem é referente àqueles contratos firmados com organizações Sociais, que são entidades integrantes do terceiro setor, ao lado das demais organizações sem fins lucrativos.

O terceiro setor emerge em um cenário de superação do binômio público/privado – o público representado pelo Estado e o privado pela figura do Mercado -, sendo este setor representado pela comunidade. A comunidade, no entanto, é historicamente anterior ao Estado e ao Mercado; antes de se instalarem os setores, os indivíduos se organizavam em comunidades, sejam em aldeias, tribos, comunas, burgos, dentre outras formas (SCHMIDT, 2017).

⁶ Maria Sylvia Zanella di Pietro (2018), quando trata do tema da atuação das organizações sem fins lucrativos em parceria com a Administração Pública, faz essa ressalva com relação ao regime jurídico. O autor Tarso Cabral Violin (2015) também tece uma análise crítica do terceiro setor quando em parceria com a Administração Pública, destacando o aspecto da fuga do regime jurídico administrativo.

⁷ Fernando Mânica (2019) discorda desse posicionamento, discorrendo que o repasse a organizações sociais não integra limite de gastos com pessoal, previsto na LRF. O autor teceu uma crítica à Portaria 233/2019, da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), estabeleceu prazo para inclusão dos valores contratados com entidades do terceiro setor no cálculo do limite de gastos com pessoal de cada ente federativo. Isso porque não se enquadraria nem em terceirização de mão de obra nos contratos de gestão, bem como não há vínculo dos empregados das organizações sociais com o poder público.

O surgimento em âmbito internacional da denominação terceiro setor ocorreu nos anos 70, nos Estados Unidos da América, para designar aqueles setores da sociedade civil que atuam através das organizações⁸ sem fins lucrativos. O primeiro autor a adotar o termo “terceiro setor” foi Amitai Etzioni (1972), em um artigo intitulado “*The untapped potential of the ‘third sector’*”. Todavia, o ressurgimento dessas organizações, nos anos 70, adquiriu outros contornos, passando este setor a atuar em conjunto com o Estado, inclusive para a prestação de serviços públicos não-exclusivos⁹. Em âmbito nacional isso ocorreu posteriormente, principalmente a partir dos anos 90 com a reforma gerencial do Estado (BRASIL, 1995).

No Brasil, a doutrina¹⁰ e a legislação conferem uma interpretação distinta para o que abarca essa terminologia – “terceiro setor”, sendo a legislação mais restritiva. Todavia, o marco legal do terceiro setor não realiza uma conceituação propriamente dita.¹¹ Gustavo Justino de Oliveira (2017, p. 02) define as entidades do terceiro setor como “o conjunto de atividades voluntárias, desenvolvidas por entidades privadas não governamentais e sem ânimo de lucro, realizadas em prol da sociedade, independentemente do Estado e mercado, embora com eles possa firmar parcerias e deles possa receber investimentos”.

O marco regulatório do terceiro setor (Lei 13.019/2014) traz as organizações da sociedade civil (OSC) como um grande grupo, substituindo a anterior denominação “organizações não-governamentais”. Além das organizações da sociedade civil, algumas entidades privadas e sem fins lucrativos poderão ostentar uma qualificação diferenciada, quais sejam: organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Destacam-se, aqui, alguns elementos em comum entre as OSC, OS e OSCIP: não são criadas pelo Estado; recebem algum tipo de incentivo do Poder Público; têm vínculos jurídicos com o ente estatal; possuem regime jurídico de direito privado, predominantemente; e se sujeitam a controle estatal.

Importa ressaltar que a atuação das organizações da sociedade civil de interesse público

⁸ Para Etzioni (1980, p. 13), “as organizações são unidades sociais que procuram atingir objetivos específicos; sua *razão de ser* é servir a esses objetivos”.

⁹ Tratando-se da atuação das organizações sem fins lucrativos no Brasil, a Constituição de 1988 dispõe acerca de serviços públicos que podem ser executados através de terceiros, como a saúde (conforme estabelece o artigo 197), que será o enfoque do presente artigo.

¹⁰ Alguns doutrinadores (SCHMIDT, 2017; CHACON, 1959) entendem o terceiro setor de uma forma muito mais ampla, incluindo-se nessa concepção as associações de bairro, entidades sindicais, partidos políticos, hospitais comunitários, cooperativas dentre outros.

¹¹ Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se:

I - organização da sociedade civil: (Redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015)

a) entidade privada sem fins lucrativos que não distribua entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados, doadores ou terceiros eventuais resultados, sobras, excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, isenções de qualquer natureza, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplique integralmente na consecução do respectivo objeto social, de forma imediata ou por meio da constituição de fundo patrimonial ou fundo de reserva; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

b) as sociedades cooperativas previstas na Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999 ; as integradas por pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade pessoal ou social; as alcançadas por programas e ações de combate à pobreza e de geração de trabalho e renda; as voltadas para fomento, educação e capacitação de trabalhadores rurais ou capacitação de agentes de assistência técnica e extensão rural; e as capacitadas para execução de atividades ou de projetos de interesse público e de cunho social. (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015)

c) as organizações religiosas que se dediquem a atividades ou a projetos de interesse público e de cunho social distintas das destinadas a fins exclusivamente religiosos; (Incluído pela Lei nº 13.204, de 2015). In: BRASIL. Lei 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm>.

(Oscip) deve se dar de maneira distinta do Poder Público, devendo ser clara a separação entre os serviços públicos prestados pela Administração Pública e as atividades realizadas pelas Oscips, de modo que não venha a se caracterizar em uma terceirização de serviços públicos (OLIVEIRA, 2006, p. 107-108). Ressalta-se aqui que o autor trata especificamente das OSCIPs em virtude de a legislação prever que essas entidades exercerão atividades de natureza privada, enquanto somente as organizações sociais (OS) podem firmar contrato de gestão com o Poder Público.

Os contratos de gestão firmados entre as Organizações Sociais e o Poder Público possuem algumas especificidades e não são regidos pelo marco regulatório do Terceiro Setor (conforme dispõe o artigo 3º, III da legislação nº 13.019/14), e sim, pela Lei n. 9.637/98. Este foi o entendimento do TCU no acórdão n. 1786/2022 (BRASIL, 2022). O Tribunal de Contas bem apontou que a Lei 9.637/1998 é a norma a ser aplicada aos ajustes cujo objeto envolva parceria à atuação do setor privado sem fins lucrativos para a prestação de serviços de caráter complementar no SUS, sendo o contrato de gestão o único instrumento a ser adotado na parceria entre as organizações sociais e o setor público.

Uma das questões mais polêmicas é até que ponto os serviços públicos não-exclusivos podem ser prestados pelas organizações sociais – ou seja, em que medida se estende o dever constitucional de prestação desses serviços pelo Estado. Esse debate permeou alguns dos votos da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1.923/DF, julgada pelo Supremo Tribunal Federal no ano de 2015 (BRASIL, 2015).

Adriana Schier e Felipe Morettini (2016, p. 378) destacam que “ao que parece, o voto vencedor proferido pelo Ministro Fux não admite a substituição integral do Estado pelas OSs nos setores das atividades que integram o rol dos serviços sociais, ainda que não se tenha delineado de maneira objetiva quais seriam os deveres a serem mantidos pelo Estado”. Visto que o STF não estabeleceu quais são os deveres a serem mantidos pelo ente estatal, surgem posicionamentos divergentes na doutrina. De forma resumida, expõem-se aqui as quatro correntes.

Para a primeira corrente, as parcerias entre o Estado e as entidades do terceiro setor se configuram em novas formas de prestação de serviços públicos, devendo essa atividade ser qualificada como função delegada do Poder Público. Mânica (2018) trata que quando o Estado detiver o dever de prestação de determinado serviço público e firmar parceria com organizações sociais, essa atividade deverá ser classificada como serviço público, a fim de que se mantenha o regime jurídico próprio do serviço público.

A segunda corrente entende no sentido oposto, de que não é possível a delegação de serviços públicos, pois estes devem ser prestados diretamente pelo Estado, cabendo ao ente estatal apenas o incentivo de seu exercício complementar por entidades do terceiro setor (grifo próprio). Filiam-se a esta corrente Sílvio da Rocha (2006) e Tarso Cabral Violin (2015).

A terceira corrente aduz que, quando os serviços públicos são prestados por entidades privadas, ainda que em parceria com o Poder Público, caracteriza-se em atividades privadas de interesse público, mas não em serviços públicos propriamente ditos, por não estarem submetidos ao regime de direito público. Conforme Di Pietro (2018), o que acaba ocorrendo frequentemente é uma fuga do regime de direito público quando firmadas as parcerias.

Já a quarta e última corrente trata que esses serviços deveriam ser considerados atividades mistas (com um caráter público e privado), mas não podendo ser enquadrados como serviços públicos. Essa posição é sustentada por Paulo Modesto (2017) e nesse sentido também se deu o posicionamento majoritário no julgamento da ADI 1.923/DF. Nas palavras do ministro Gilmar Mendes (BRASIL, 2015, p. 140), “[...] as atividades da sociedade não podem mais ser analisadas somente a partir da classificação binária – público e privado”. No entanto, o que se verifica nessa decisão é um regime jurídico predominantemente privado às organizações.

No julgamento da ADI 1.923/DF, o STF consolidou o entendimento de que os contratos de gestão com Organizações Sociais se constituem em atividade de fomento, aplicando-se majoritariamente o regime jurídico de direito privado. Ressalta-se que, “por receberem recursos públicos, bens públicos e servidores públicos, porém, seu regime jurídico tem de ser minimamente informado pela incidência do núcleo essencial dos princípios da Administração Pública (CF, art. 37, *caput*).

O fomento se trata de atividade complementar, de indução pelo Poder Público da atuação de entidades privadas, para que estejam alinhadas à consecução dos objetivos e fundamentos constitucionais –como bem elucidada Adriana Schier (2019). Se o Poder Público pode estabelecer essa proporção da forma em que serão prestados os serviços de saúde, e pode optar que seja majoritariamente através de contratos de gestão com Organizações Sociais, isso certamente não se enquadra enquanto atividade de fomento.

“Essa imprecisão nos enquadramentos sobre os contratos de gestão na área da saúde, se fomento ou delegação de serviços públicos, gera reflexos em todas as fases da parceria. O planejamento da Administração Pública será distinto se a parceria se constituir em atividade de fomento ou for uma delegação de serviço público” (JURUENA, 2023, p. 102). Entende-se, nesse sentido, que nem todas as parcerias sociais podem ser enquadradas como fomento, pois o fomento na saúde deve ocorrer em complementaridade com a prestação de serviços públicos.

Mânica (2018, p. 119-120) sustenta que o terceiro setor pode ter como objeto da sua atuação os serviços de relevância pública e também os serviços públicos sociais (listando, dentre esses serviços públicos sociais, a saúde). O autor defende que, quando o Estado tiver o dever de prestação de determinado serviço público social e firmar parceria com organização sem fins lucrativos, essa atividade deverá ser classificada como serviço público, para que o regime jurídico próprio do serviço público, bem como os princípios da continuidade e da prestação adequada (e os demais princípios) sejam observados.

Com relação às parcerias de saúde, Mânica (2017, p. 03) traz que “[...] as parcerias no setor da saúde, em seu sentido amplo, correspondem a toda e qualquer relação jurídica, duradoura e estável, em que Poder Público e iniciativa privada conjugam esforços voltados à defesa, promoção, proteção ou recuperação das condições de bem-estar da população (atenção à saúde) [...]”. O autor aqui aborda as parcerias de saúde em uma perspectiva ampla, porém, é importante ressaltar que quando se tratar de prestação de serviço público não-exclusivo em parceria com organizações sem fins lucrativos, essas poderão ser somente com organizações sociais.

E a questão central que permeia o debate é: no serviço público social da saúde, o Estado possui o dever exclusivo de prestação ou pode delegar à iniciativa privada? Se pode delegar, pode ser em sua integralidade ou em que medida? Para enfrentar tais questões, é necessária uma atenta leitura do que dispõe a Constituição de 1988 quando trata da saúde. O artigo 199, parágrafo 1º da CRFB/88 estabelece que “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (BRASIL, 1988).

Passa-se à análise atenta do dispositivo. Como foi verificado no primeiro ponto do artigo, há diferenciações entre assistência à saúde, atenção à saúde, sistema de saúde e qual a amplitude desses termos. O artigo 199 da Constituição de 1988 trata especificamente da “assistência à saúde”. A assistência à saúde é um grande campo dentro da atenção à saúde, sendo que a atenção à saúde pode ser vista como gênero (visto que abarca a assistência à saúde, as intervenções ambientais e políticas externas ao setor saúde) (consoante “3. Campos da atenção à saúde” da Portaria 2.203/96 – Norma Operacional Básica 1/96).

O campo da assistência à saúde está definido pela NOB 1/96 como “[...] em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar” (BRASIL, 1996). Fernando Mânica (2017, p. 03) assevera, assim, que “[...] enquanto a “atenção à saúde” é operacionalizada por uma série de atividades estatais, como o exercício do poder de polícia, o fomento e a regulação, a “assistência à saúde” materializa-se por meio da prestação de serviços públicos, denominados tecnicamente de “serviços de assistência à saúde””.

Observa-se, então, que a assistência à saúde se caracteriza pelos serviços públicos¹² prestados, que podem ser: no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar. O *caput* do artigo 199 da Constituição de 1988 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, ou seja, tanto o público como o privado podem ser prestadores.

O parágrafo 1º, do artigo 199, merece especial atenção, visto que trata da prestação desses serviços de assistência à saúde por organizações sem fins lucrativos. O que dispõe é que, de forma *complementar* ao sistema único de saúde, poderá haver contrato de direito público ou convênio, preferencialmente com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Complementar, pela definição do dicionário Houaiss, significa: dar complemento a ou receber complemento; completar(-se), concluir(-se); relativo a complemento ou que constitui o complemento de algo. *Complemento* é clarificado pelo dicionário como: ato ou efeito de complementar; complementação. Elemento que se integra a um todo para completá-lo ou aperfeiçoá-lo (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 504-505).

Verifica-se também que o art. 199, §1º da CRFB/88 menciona que essa prestação por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos será por contrato de direito público ou convênio.

¹² O termo “serviço público” possui diversas conceituações na doutrina e não há uma definição legal ou no texto constitucional. Partilha-se do entendimento de que o serviço público se caracteriza como uma atividade prestacional de oferecimento de comodidades materiais à coletividade, titularizada pelo Estado e prestada por ele ou por quem lhe faça as vezes, subordinada a um regime jurídico específico de direito público (SCHIER, 2016, p. 63-64).

Contrato de direito público pois, sempre que em um dos polos houver o ente estatal, o contrato se configurará como de direito público. Outra hipótese estabelecida é que essa parceria poderá ocorrer mediante convênio. Pode-se sustentar, nessa dimensão, que esta hipótese se consagraria como modalidade de delegação de serviço público, em complementariedade às formas clássicas de permissão e concessão previstas no art. 175 da Constituição da República Federativa do Brasil.

Anteriormente ao marco regulatório do terceiro setor (Lei 13.019/14) e das leis específicas das organizações (como a Lei 9.637/98 das organizações sociais e a Lei 9.790/99 das OSCIPs), as parcerias entre Poder Público e organizações sem fins lucrativos ocorriam mediante convênio.¹³ Uma das principais modificações introduzidas é a forma em que essa parceria é firmada, havendo os instrumentos de termo de colaboração e termo de fomento (em que há a transferência de recursos financeiros, sendo definido qual será o termo a partir do proponente da parceria – se a Administração Pública ou a sociedade civil) e acordos de cooperação (em que não há a transferência de recursos financeiros).

Tem-se, ainda, os contratos de gestão –, que serão as parcerias firmadas com as entidades qualificadas como organizações sociais e os Termos de Parceria, celebrados com as organizações da sociedade civil de interesse público. Para os fins do presente artigo, importa a referência aos Contratos de Gestão, estes sim tomados como instrumentos de delegação do serviço público de saúde, nos termos do precitado parágrafo 1º, do artigo 199 da CR/88.

A legislação do terceiro setor possui algumas incompletudes ao tratar dessas parcerias entre ente estatal e organizações sem fins lucrativos, devido à complexidade desse tema. Entretanto, destaca-se que supera o paradigma dos convênios com o terceiro setor, trazendo esses novos institutos. Essa superação de paradigma irá ocorrer, também, mediante adequada compreensão hermenêutica (MÂNICA, 2018, p. 111).

Para o autor supracitado, no entanto, a compreensão hermenêutica do artigo 199, parágrafo 1º é o oposto do que sustentam as autoras. Fernando Mânica (2017, p. 07) defende que a complementariedade não implica em limitações à esfera de atuação da iniciativa privada na assistência à saúde, e que complementariedade pode ser tanto através da prestação direta quanto indireta. O autor, assim, defende que a transferência na execução dos serviços de assistência à saúde pode ser em sua totalidade a entes privados.

A compreensão hermenêutica que se dá aos contratos de gestão de saúde entre organizações sociais e Poder Público, à luz do texto constitucional, é diversa. Analisando-se o artigo 199, parágrafo 1º da CRF/88, depreende-se que, junto ao sistema único de saúde, a atuação da iniciativa privada será de forma *complementar*. O significado semântico do termo é de um elemento que se une a um todo, no intuito de completá-lo. Nesse sentido, o sistema público de saúde permanecerá com a titularidade do Estado, onde os contratos com organizações sem fins lucrativos e entidades filantrópicas (preferencialmente) serão uma forma de complemento, uma forma de delegação de serviço público, como antes citado.

O RE 202.700/2002 traz que “A CF assegura que a saúde é direito de todos e dever do

¹³ O convênio está marcado pela mútua colaboração ou cooperação entre os partícipes, onde há uma consensualidade e comunhão de esforços para a consecução do objeto pactuado no convênio (REIS, 2013, p. 57).

Estado, facultada à iniciativa privada a participação de forma complementar no SUS, por meio de contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CF, art. 199, § 1º) [...] Vê-se, pois, que a assistência à saúde não é ônus da sociedade isoladamente, e sim dever do Estado” (BRASIL, 2002). Este é o julgado correlato ao artigo 199, parágrafo 1º da Constituição de 1988. Verifica-se, nesta senda, que o voto concede uma carga muito maior ao ente estatal, restando claro que a atuação privada ocorrerá de forma complementar.

Dias Toffoli, no RE 581.488/RS (BRASIL, 2012), sustenta que a execução dos serviços de saúde não precisa ser realizada totalmente pelo ente estatal, trazendo que “a ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde” (grifo próprio). O sentido de completar, em sinônimo à complementar (conforme disposto no texto constitucional) aparece no voto do ministro, embora não tenha dimensionado qual a extensão dessas parcerias.

O Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul vem adotando o posicionamento de que a atuação do terceiro setor nos serviços públicos de saúde não pode chegar à substituição integral do poder público, em face do caráter complementar previsto no artigo 199, parágrafo 1º. No entanto, a extensão do caráter de complementariedade deverá ser avaliada minuciosamente no caso concreto (CORAZZA, 2018, p. 64), não se admitindo a substituição da atividade direta pelo Estado.

Sílvio Rocha (2006, p. 21) destaca que as parcerias entre Poder Público e organizações sociais, no âmbito da saúde, deve ser subsidiária, e de maneira alguma desonera a Administração Pública na sua prestação direta desses serviços. Entende-se, no presente artigo, neste sentido. Resta verificar como está sendo enfrentada a questão atualmente das parcerias em serviços de saúde.

Aplicação do princípio da subsidiariedade nos contratos de gestão de saúde previstos no artigo 199, parágrafo 1º da CRFB/88?

Com a reforma gerencial, que ocorreu nos anos 90 e trouxe diversas modificações estruturais na máquina estatal, muito se tratou em um processo de descentralização. Também se iniciaram os debates acerca da subsidiariedade, tendo em vista que a reforma gerencial trouxe as organizações sem fins lucrativos para uma atuação mais próxima à Administração Pública. Diante disso, se perpassará pela indagação de ser ou não aplicável o princípio da subsidiariedade nos contratos de gestão de saúde previstos no artigo 199, §1º da Constituição de 1988.

Daniel Hachem (2014, p. 63) aponta que a reforma gerencial buscou ensejar a transformação do Estado brasileiro associada a uma redução das funções estatais, onde a iniciativa privada teria a incumbência de desenvolver atividades de cunho social. A prestação

de serviços públicos e demais atividades de caráter assistencial deveria ser prioritariamente desenvolvida pela sociedade civil organizada, competindo ao ente público a função de fomento e regulação, não de sua prestação direta. Essa visão da máquina estatal, a qual o autor supracitado não se filia, tampouco as autoras, está atrelada à ideia de um Estado subsidiário.

Remontando-se brevemente à origem histórica do princípio da subsidiariedade, tem-se que este princípio foi utilizado no Direito Canônico e parte da doutrina aponta seus antecedentes em Encíclicas papais. Destaca-se a declaração do Papa Pio XI, que afirmou ser prática de injustiça e desrespeito à ordem social “retirar dos agrupamentos de ordem inferior, conferindo-os a uma coletividade bem mais vasta e elevada, funções que elas próprias poderiam exercer” (BARACHO, 1996, p. 10-12).

Margarida Martins (2003, p. 500) ressalta que a intervenção, quando não necessária, interfere na liberdade e na autonomia dos cidadãos. Além disso, traz que “a subsidiariedade é concebida mais como um auxílio que se organiza no seio da sociedade do que como um auxílio acordado pelo Estado à sociedade”. Dessa forma, a autora acredita em uma subsidiariedade não imposta pelo ente estatal.

Baracho (1996, p. 24-26) trabalha com uma visão da sociedade que deve se organizar em comunidades, pois entende que as relações comunitaristas envolvem a personalidade dos indivíduos. Entretanto, em paralelo com essa perspectiva comunitarista, o autor defende a autorregulação e um Estado mínimo, onde o Estado provedor intervencionista não atua com eficiência e nem atende as necessidades dos cidadãos. Ainda, aduz que o princípio da subsidiariedade explica e justifica, muitas vezes, a política de descentralização.

Com relação à descentralização, Marcos Juruena Villela Souto (2004, p. 98-99) destaca que está relacionada a uma concepção moderna da Administração Pública, onde não se exige a execução direta dos serviços públicos pelo ente estatal. Diante da escassez de recursos públicos para a sua prestação, surge, então, a descentralização, onde a execução passa a ser do setor privado, por meio de parcerias com o setor público.

Gustavo Justino de Oliveira (2017, p. 06-07) assevera que o estabelecimento de vínculos entre o Estado e entidades do terceiro setor, bem como a atuação voluntária da sociedade civil em prol do interesse público se alicerçam no princípio da subsidiariedade. O princípio da subsidiariedade traduz a complementariedade ao reconhecer o ente estatal e a sociedade como prestadores dos direitos sociais e de serviços públicos não-exclusivos. Assim, nasce o Estado subsidiário, que não atuará diretamente nas atividades em que concorre com a sociedade civil e que por ela são prestadas de maneira mais eficiente e local, restringindo-se ao controle e com a intervenção quando necessária.

Verifica-se, então, que o princípio da subsidiariedade¹⁴ passa a ser associado com uma maior atuação da sociedade civil organizada (organizações sem fins lucrativos) junto ao Estado, especialmente na prestação de serviços públicos sociais. A partir de uma perspectiva

¹⁴ Destaca-se que o enfoque do presente artigo é retratar a o princípio da subsidiariedade nessa acepção; porém, na União Europeia a subsidiariedade é utilizada para estruturar a relação entre o direito interno dos países europeus e o direito supranacional. Também, há a concepção da subsidiariedade para justificar a transferência de competências para os entes locais, em uma perspectiva do federalismo.

crítica desse cenário, Emerson Gabardo (2009, p. 96) destaca que “a proposta de que seria interessante o repasse de atividades tidas como não exclusivas de Estado para a execução direta da sociedade civil organizada ganha força e torna-se hegemônica, conferindo legitimidade às reformas estruturais preconizadas”. O autor ressalta, dentre alguns dos problemas, o regime jurídico quando da prestação de serviços públicos por organizações sem fins lucrativos e, ainda, uma estatização do terceiro setor (tendo em vista que muitas organizações se sustentam a partir dos recursos transferidos).

Odete Medauar (2005, p. 256) se posiciona de forma cética ao princípio da subsidiariedade e dessa interpretação concedida para a execução das atividades privadas no âmbito público. Isto porque as atividades no campo público e privado não são homogêneas e não apresentam as mesmas características. Assim, “o princípio da subsidiariedade mostra-se inadequado para determinar o papel dos sujeitos públicos de uma determinada coletividade”.

Entretanto, a questão da subsidiariedade e da descentralização, onde há a transferência da prestação de serviços públicos à iniciativa privada, vai muito além de vontade política (vide reforma gerencial nos anos 90) ou de anseios do legislador. É necessário sempre se retomar para a vontade do constituinte, para o texto constitucional.

Gustavo Justino de Oliveira (2017, p. 07) destaca que “as áreas de atuação solidária entre o Estado e a sociedade civil e de atuação estatal subsidiária estão definidas no Título VIII da Constituição de 1988 que dispõe sobre a ordem social e revela o protagonismo das organizações da sociedade civil nos segmentos que lhe são próprios que são: saúde (CF, art. 198, III c/c art. 199, caput e § 1º)”.

Contudo, ao realizar a leitura do artigo 199, parágrafo 1º, da Constituição de 1988, verifica-se que o texto constitucional trata a atuação das organizações sem fins lucrativos de forma *complementar* ao sistema único de saúde. Isto é, revela-se o protagonismo do ente estatal no sistema público de saúde, não o protagonismo das organizações da sociedade civil. Depreende-se da leitura do dispositivo uma atuação subsidiária por parte do terceiro setor, não uma atuação estatal subsidiária.

No município do Rio de Janeiro (RJ), no ano de 2016, havia 10 (dez) organizações sociais administrando 108 das 248 unidades de saúde (GLOBO, 2016). Ou seja, aproximadamente 50% da assistência à saúde era realizada por entidades do terceiro setor. No sítio eletrônico do estado do Pará, por exemplo, verifica-se que o número de organizações sociais em saúde aumentou no ano de 2019. Entretanto, não há os contratos de gestão e tampouco a informação da porcentagem de assistência à saúde realizada pelo terceiro setor (PARÁ, 2020).

Destaca-se, além disso, a dificuldade em obter informações nos portais da transparência a fim de verificar quantos contratos de gestão de saúde estão sendo firmados com organizações sociais. Em contraponto, no sítio eletrônico da prefeitura de São Paulo, há uma aba destinada a fornecer informações acerca de todos os contratos firmados. Há, na descrição, que “a Prefeitura de São Paulo acredita na transparência dos dados e no controle social como potencializador das políticas públicas existentes. Por isso, aqui você encontra os Contratos de Gestão firmados pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS com Organizações Sociais de Saúde – OSS, bem como as respectivas atualizações contratuais” (SÃO PAULO, 2020). No entanto, não há a informação de quantas unidades de saúde há no total no município, apenas que estão

vigentes 23 contratos de gestão.

Um estudo investigou os Planos Estaduais Plurianuais de Saúde dos quadriênios 2012-5 e 2016-9, a fim de verificar como os modelos por organizações sociais aparecem na análise situacional dos serviços estaduais de média e alta complexidade. Foi detectado que em vários documentos há ausência de referência aos contratos de gestão. Outro resultado encontrado foi de que os estados que indicam nos Planos Estaduais Plurianuais que possuem serviços com contrato de gestão nos dois quadriênios não mencionam o nome das organizações sociais, o tempo da gestão e nem a periodicidade dos contratos (KRÜGER; REIS, 2019, p. 278-280).

Outro dado importante que foi evidenciado pela pesquisa, referente aos Planos Plurianuais de Saúde, é de que, na maioria dos estados, quando se utilizavam das expressões de modernização, aperfeiçoamento, fortalecimento e qualificação, não estava se vinculando propriamente a um modelo de gestão pública estatal com base no direito público. Houve uma dificuldade também em encontrar informações acerca da modalidade de gestão, não se identificando se tratava de gestão própria, dos contratos com o setor filantrópico, com as empresas públicas, as parcerias público-privado ou com as organizações sociais (KRÜGER; REIS, 2019, p. 281-282).

Em relatório de avaliação realizado pelo Ministério da Saúde, verifica-se que algumas Secretarias de Saúde estão transferindo 100% da gestão de saúde para as Organizações Sociais, inclusive o serviço de SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Dessa forma, quando detectadas irregularidades na execução dos serviços por OS, essas Secretarias não puderam romper os contratos de imediato, pois não teriam condições de reassumir a prestação de todos os serviços (BRASIL, 2019, p. 08-09).

Nesse sentido, verifica-se que está crescendo cada vez mais o número de contratos de gestão na área da saúde. Autores como Fernando Mânica e Gustavo Justino de Oliveira sustentam que é possível a integralidade da prestação dos serviços de assistência à saúde (ou majoritariamente) por essas entidades privadas, na linha de uma atuação estatal subsidiária, a qual não se filia na presente pesquisa.

Afinal, em sede de assistência à saúde, conforme se observa da leitura do artigo 199, parágrafo 1º da Constituição de 1988, o texto constitucional resta claro ao estabelecer que a atuação das organizações sem fins lucrativos deverá ocorrer de forma complementar junto ao sistema único de saúde.

Considerações finais

A Constituição de 1988 assegura um modelo de Estado Democrático de Direito, com especial atenção ao rol de direitos fundamentais que estabelece – sendo o direito à saúde cláusula pétrea. A fim de concretizar esse direito, estruturou-se o sistema único de saúde (SUS), que dispõe de ações, políticas e serviços públicos no âmbito da saúde. O SUS, no entanto, vem sofrendo modificações a partir da reforma gerencial, quanto a quem exercerá a prestação dos serviços.

Há um crescimento nas parcerias entre organizações sem fins lucrativos e o Poder

Público quando da prestação de serviços públicos não-exclusivos (abarcando, aqui, a saúde). Todavia, o artigo 199, parágrafo 1º, da Constituição de 1988 é claro ao estabelecer que a atuação do terceiro setor poderá ser de forma complementar ao sistema único de saúde. Como foi evidenciado, o sentido de complementar remete-se a uma parcela, a fim de completar/complementar.

O que vem ocorrendo é, cada vez mais, a transferência para entes privados dos serviços de saúde, ainda que o dispositivo constitucional evidencie essa complementariedade quando se trata da assistência à saúde (ou seja, serviços relacionados ao atendimento hospitalar, ambulatorial ou domiciliar). Ainda que parcela da doutrina visitada na presente pesquisa entenda pela atuação subsidiária estatal, sustenta-se o entendimento de que a leitura do artigo 199, §1º, impõe deduzir-se o inverso: uma subsidiariedade na atuação das organizações da sociedade civil no sistema público de saúde.

Tendo em vista que a realidade fática já tem se demonstrado alinhada à subsidiariedade da prestação direta pelo Poder Público na área da saúde, o ordenamento jurídico deverá ter um olhar bastante cuidadoso a essas parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos, a fim de assegurar o direito à saúde nos moldes constitucionais e infralegais.

Referências

- ARAÚJO, R. L. S.; LOZADA, C. de O. *Agenda ODS de 2030 da ONU: avanços e retrocessos no Brasil - ODS 2*. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/05/4469b07a67b04efa34544ac66b2b44fa.pdf>>.
- BARACHO, J. A. de O. 1996. *O princípio de subsidiariedade*. Conceito e evolução. Rio de Janeiro, Forense, 95 p.
- BRASIL. 2002. *A Constituição e o Supremo*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigoBd.asp?item=1831>>.
- BRASIL. 1988. *Constituição da República Federativa Brasileira de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
- BRASIL. 2019. Controladoria-Geral da União. *Relatório de avaliação. Secretaria executiva - Ministério da Saúde*. Exercício 2019. Disponível em: <<https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/897632>>.
- BRASIL. 1998. *Lei 9.637, de 15 de maio de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>.
- BRASIL. 1999. *Lei 9.790, de 23 de março de 1999*. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9790.htm>.
- BRASIL. 2014. *Lei 13.019, de 31 de julho de 2014*. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm>.
- BRASIL. 2015. *Lei 13.204, de 14 de dezembro de 2015*. Altera a Lei nº 13.019, de 31 de julho de

2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113204.htm>.

BRASIL. 2007. *Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caminhos do Direito à Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. 1995. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>.

BRASIL. 1996. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>.

BRASIL. 2015. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923/Distrito Federal*, julgada em 16 de abril de 2015. Ministro Ayres Britto (relator). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?idDocumento=10006961>>.

BRASIL. 2012. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Extraordinário 581.488/RS*, julgado em 30 de agosto de 2012. Ministro Dias Toffoli (relator). Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/inteiroTeor/obterInteiroTeor.asp?numero=581488&classe=R-E-RG>>.

BRASIL. 2022. Tribunal de Contas da União. *Acórdão 1786, julgado em 03 de agosto de 2022*. Weder de Oliveira (relator). Disponível em: <<https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/jurisprudenciaselecionada/%22JURISPRUDENCIA-SELEZIONADA-137130%22>>.

CHACON, V. 1959. *Cooperativismo e comunitarismo*. Belo Horizonte, UFMG.

CORAZZA, A. H. S. 2018. *Os contratos de gestão e os termos de parceria nos municípios para execução da saúde pública: reflexões e propostas à luz da teoria da ação comunicativa*. Santa Cruz do Sul, Essere nel Mondo, 174 p.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. 2018. *Direito Administrativo*. 31. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro, Forense, 1176 p.

ETZIONI, A. 1980. *Organizações modernas*. 6. ed. São Paulo, Pioneira.

_____. 1972. The untapped potential of the 'third sector'. *Business and Society Review*, 1:19-44.

GABARDO, E. 2009. *O jardim e a praça para além do bem e do mal - uma antítese ao critério de subsidiariedade como determinante dos fins do Estado social*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 409 p.

GLOBO. 2016. *Das dez OSs que operam no município, oito estão sob investigação*. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571>>.

HACHEM, D. W. *Tutela administrativa efetiva dos direitos fundamentais sociais: por uma implementação espontânea, integral e igualitária*. Tese (Doutorado em Direito - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 614 p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. 2009. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Objetiva, 1.986 p.

JURUENA, C. G. 2023. *Políticas públicas e terceiro setor: propostas de aprimoramento*. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 282 p.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. 2019. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. *Serviço Social e Sociedade*, 135:271-289.

MÂNICA, F. B. 2018. Objeto e natureza das parcerias sociais: limites para a execução privada

de tarefas estatais e o novo direito do terceiro setor. In: MOTTA, F.; MÂNICA, F. B.; OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Parcerias com o terceiro setor: as inovações da Lei nº 13.019/14*. 2. ed. Belo Horizonte, Fórum, p. 107-135.

MÂNICA, F. B. 2017. Parcerias no setor da saúde. In: *Enciclopédia Jurídica da PUCSP: direito administrativo e constitucional*. Tomo 2. Vidal Serrano Nunes Jr. [et al.] (coord.). São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, p. 02-25.

_____. 2019. *Repasses a organizações sociais não integra limite de gastos com pessoal da LRF*. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-mai-12/fernando-manica-repasses-oss-nao-integra-limite-gastos-lrf>>.

MARTINS, M. S. D'O. 2003. *O princípio da subsidiariedade em perspectiva jurídico-política*. Coimbra, Coimbra Editora, 584 p.

MEDAUAR, Odete. 2017. *O direito administrativo em evolução*. 3. ed. Brasília, Gazeta Jurídica, 464 p.

MODESTO, P. 2017. As organizações sociais no Brasil após a decisão do Supremo Tribunal Federal na Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923, de 2015. In: FUX, L.; MODESTO, P.; MARTINS, H. F. *Organizações sociais após a decisão do STF na ADI nº 1.923/2015*. Belo Horizonte, Fórum, p. 11-66.

MORETTINI, F. T. R.; SCHIER, A. 2016. A Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) Nº 1.923/DF e o papel do Estado e das Organizações Sociais na concretização dos direitos sociais. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*, 8(3):375-387.

NAÇÕES UNIDAS. 2020. *CEPAL: para reconstruir América Latina e Caribe pós-pandemia, é necessário igualdade e estabilidade*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/cepal-para-reconstruir-america-latina-e-caribe-pos-pandemia-e-necessario-igualdade-e-estabilidade/>>.

NAÇÕES UNIDAS. [S. A.]. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>.

OLIVEIRA, G. J. de. 2006. O terceiro setor e a gestão privada de recursos públicos para fins públicos. In: OLIVEIRA, G. H. J. de (Coord.); CASTRO, R. P. A. de; VIOLIN, T. C. (Orgs.). *Direito do terceiro setor: atualidades e perspectivas*. Curitiba, OAB, p. 101-138.

_____. 2017. Terceiro setor e o direito administrativo. In: *Enciclopédia Jurídica da PUCSP: direito administrativo e constitucional*. Tomo 2. Vidal Serrano Nunes Jr. [et al.] (coord.). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, p. 02-33.

PARÁ. *Organizações sociais em saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.pa.gov.br/oss/>>.

PINTO, É. G. 2019. *Prestação de contas nos repasses ao terceiro setor reclama revisão profunda*. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-out-22/contas-vista-prestacao-repasses-terceiro-setor-requer-revisao-profunda>>.

PIVETTA, S. L. 2014. *Direito fundamental à saúde: regime jurídico, políticas públicas e controle judicial*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 272 p.

REIS, L. E. 2013. *Convênio administrativo: Instrumento jurídico eficiente para o fomento e desenvolvimento do Estado*. Curitiba: Juruá, 300 p.

ROCHA, S. L. F. da. 2006. *Terceiro Setor*. 2. ed. São Paulo, Malheiros, 199 p.

SÃO PAULO. 2020. *Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS)*. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/acesso_a_informacao/index.php?p=178347>.

SCHIER, A. C. R. 2019. *Fomento: Administração Pública, Direitos Fundamentais e Desenvolvimento*. Curitiba, Íthala, 216 p.

_____. 2016. *Serviço público: garantia fundamental e cláusula de proibição de retrocesso social*. Curitiba, Íthala, 288 p.

SCHMIDT, J. P. 2017. *Universidades comunitárias e terceiro setor: fundamentos comunitaristas*

da cooperação em políticas públicas. Santa Cruz do Sul, Edunisc.

SOUTO, M. J. V. 2004. *Direito Administrativo em debate*. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 589 p.

ULYSSEA, G. 2006. Informalidade no mercado de trabalho brasileiro: uma resenha da literatura. *Revista de Economia Política*, **26**(4):596-618.

VIOLIN, T. C. 2015. *Terceiro setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica*. 3. ed. Belo Horizonte, Fórum, 349 p.

Submetido: 10/08/2020

Aceito: 17/03/2025