

**INSTITUTO BRASILIENSE DE DIREITO PÚBLICO – IDP
ESCOLA DE DIREITO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – EDAP
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

BRUNA LUIZA SANTOS DE FIGUEIREDO

**ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA:
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO,
DESAFIOS E A PRESENÇA DO TERCEIRO SETOR.**

BRASÍLIA/DF

2021

BRUNA LUIZA SANTOS DE FIGUEIREDO

**ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA:
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO,
DESAFIOS E A PRESENÇA DO TERCEIRO SETOR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito para a conclusão do curso e obtenção do título de bacharel em Administração Pública pela Escola de Direito e Administração Pública do Instituto Brasiliense de Direito Público EDAP/IDP.

Orientador: Professor Doutor Leandro do Nascimento Rodrigues

BRASÍLIA/DF

2021

BRUNA LUIZA SANTOS DE FIGUEIREDO

**ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA:
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO,
DESAFIOS E A PRESENÇA DO TERCEIRO SETOR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito para a conclusão do curso e obtenção do título de bacharel em Administração Pública pela Escola de Direito e Administração Pública do Instituto Brasiliense de Direito Público EDAP/IDP.

Orientador: Professor Doutor Leandro do Nascimento Rodrigues

Apresentação em 28 de junho de 2021

BANCA EXAMINADORA:

Dr. LEANDRO DO NASCIMENTO RODRIGUES

Professor Orientador e Membro da Banca

ÉRICA SANTANA NEVES MONTEIRO

Professora do IDP e Membro da Banca

DÉBORA JUNIA DE MORAIS LEONE

Professora do IDP e Membro da Banca

BRASÍLIA/DF

2021

**ANÁLISE DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA:
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SUAS FONTES DE FINANCIAMENTO,
DESAFIOS E A PRESENÇA DO TERCEIRO SETOR.**

Bruna Luiza Santos de Figueiredo

SUMÁRIO: 1. Introdução; 2. História da Saúde Pública Brasileira; 3. O Direito à Saúde na Constituição; 4. O Sistema Único de Saúde (SUS); 5. Financiamento Público da Saúde Brasileira; 6. O Terceiro Setor na Saúde; 6.1 O que é o Terceiro Setor; 6.2 Fundamentação Legal; 7. Desafios na Aquisição de Bens e Serviços pelo Setor Público na Saúde; 8. Considerações Finais; 9. Referências Bibliográficas

RESUMO: A grande dimensão do território brasileiro e de seu contingente populacional, que atualmente conta com cerca de 210 milhões de habitantes distribuídos ao longo de 27 unidades federativas e 5.568 municípios, evidencia a gigantesca complexidade operacional que envolve a gestão de um sistema de saúde pública integral e universal, ou seja, que sempre está pronto para atender as demandas de todos os cidadãos brasileiros de forma gratuita. Diante desse cenário, o presente estudo tem o objetivo de realizar uma análise do atual panorama da saúde pública no Brasil, evidenciar os acertos e os desafios enfrentados na gestão do Sistema Único de Saúde, entender como esse sistema se originou, qual é o arcabouço legal que o respalda, compreender a participação de cada ente federativo em seu custeio, observar a presença do Terceiro Setor na saúde pública e apontar possíveis alternativas para contornar os desafios enfrentados e conseguir atingir o máximo de eficiência, eficácia e efetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública Brasileira. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). História da Saúde Pública Brasileira. Terceiro Setor na Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A determinação da Constituição Federal de 1988 de que a saúde é um direito de todos e um dever do estado ensejou a criação de um sistema público e universal de saúde no Brasil. Garantir o exercício desse direito para cerca de 210 milhões de pessoas que estão distribuídas ao longo de 27 unidades federativas e 5.568 municípios acabou se tornando um grande desafio aos gestores públicos que coordenam as políticas públicas direcionadas à saúde.

Tendo como objetivo a busca constante por excelência na prestação dos serviços públicos, espera-se responder os seguintes questionamentos: Quais são os acertos e os desafios do SUS? Em que medida cada ente federativo participa do seu financiamento? Como é a participação do terceiro setor na saúde brasileira?

As respostas para essas perguntas dependem das concepções sobre o papel do estado na provisão do serviço público. Existem correntes que defendem que qualquer tipo de prestação de serviço público deve estar nas mãos do estado, mas existem outras que pregam que Organizações Sociais (OS) e outros modelos também poderiam realizar a prestação desse serviço. Diante dessa pluralidade de correntes de pensamento a respeito da prestação do serviço de saúde pública à população, o presente estudo também buscou analisar quais são os fundamentos que justificam a participação do Terceiro Setor na saúde do Brasil.

Apesar de o setor hospitalar público brasileiro ser predominantemente administrado pela administração direta, a adoção de arranjos organizacionais alternativos que proporcionem mais autonomia aos gestores vem ganhando cada vez mais destaque. A crescente busca pela utilização desses modelos reflete o descontentamento com a gestão tradicional realizada pela administração direta.

Conforme apontado por alguns autores, a adoção desses arranjos alternativos de gestão objetiva contornar a rigidez imposta pelas regulamentações do setor público no que diz respeito, principalmente, às licitações, contratações de pessoal e de serviços. Em alguns casos específicos, é possível observar que a necessidade de seguir à risca todos os prazos e restrições impostos na legislação vigente pode acabar trazendo morosidade e ineficiência ao processo de fornecimento de serviços de saúde pública.

É importante observar que embora métodos que aumentem a autonomia possam proporcionar mais agilidade, é fundamental que haja a existência de garantias de que a transparência e a imparcialidade dos serviços prestados sejam respeitadas. Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de realizar uma análise da saúde pública brasileira de modo

a compreender o Sistema Único de Saúde (SUS), a participação de cada ente federativo em seu financiamento, os desafios que esse sistema enfrenta, além de também entender a participação do Terceiro Setor na saúde do Brasil.

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, a presente pesquisa é pautada pela utilização do método exploratório, o qual busca realizar a exploração de determinado problema com a finalidade de fornecer informações para uma investigação mais precisa. Os dados colhidos são de natureza qualitativa e quantitativa, coletados por meio da realização de uma análise aprofundada de diversos materiais bibliográficos, leis, doutrinas e dados estatísticos.

2. HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A história da saúde pública brasileira é marcada por diversas tentativas de organização administrativa, que se intensificaram a partir do início dos movimentos para redemocratização do país. Durante o período compreendido entre a época colonial e a década de 1930, as ações desenvolvidas não possuíam significativa organização institucional. A partir desse momento, começaram a ocorrer várias transformações em que foram criados e extintos inúmeros órgãos de prevenção e controle de doenças, atingindo, em 1991, a criação da Fundação Nacional de Saúde.

Os ideais pela reforma da saúde brasileira cresceram com o movimento pela redemocratização do país. Grupos de médicos, sanitaristas e especialistas em saúde pública reuniram-se no movimento pela Reforma Sanitária, que teve como marco inicial a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Os resultados das propostas da Reforma Sanitária foram a oficialização da universalidade do direito à saúde, na Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). La Forgia e Couttolenc (2011, p. 19) dividem a realização dessas reformas estruturais, organizacionais e de financiamento da saúde que começaram a ocorrer na década de 1980 em quatro ondas distintas:

A primeira onda de reformas (1984-89) se concentrou na reestruturação institucional, na descentralização para o nível estadual e no estabelecimento de mecanismos de participação social, com direito universal à saúde surgindo como princípio central do sistema. A segunda onda (1990-95) enfatizou a consolidação do sistema unificado, a municipalização da prestação de serviços e a implantação de mecanismos financeiros de alocação de fundos federais. A terceira onda, iniciada em 1996, tentou reorientar o modelo de atenção básica, definir melhor papéis institucionais, efetivar mudanças legais e regulatória se introduzir

mecanismos alternativos de alocação de recursos para fortalecer a atenção básica. (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2011)

Os autores supracitados sugerem que o início de uma quarta onda de reformas é marcado por regulações recentes que são orientadas no sentido aprimorar o foco em resultados nas relações entre governo federal e instâncias subnacionais.

Conforme Viana e Dal Poz (2005) ao citar os estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde de France (1997), pode-se fazer distinção entre dois tipos de reforma: *big bang* e incremental.

As reformas do tipo *big bang* são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual. As reformas incrementais, ao contrário, se baseiam em pequenos ajustamentos sucessivos. (VIANA E DAL POZ, 2005)

Ainda segundo Viana e Dal Poz (2005), a reforma da saúde brasileira de 1988, que ocorreu por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser considerada do tipo *big bang*, uma vez que introduziu grandes mudanças no modo de operação da saúde pública brasileira. Os princípios constitucionais da universalidade e integralidade do acesso à saúde pública, a regionalização, hierarquização e descentralização com direção única em cada esfera de governo, expressam a grande magnitude desse sistema. “A descentralização foi a característica definidora da reforma sanitária que resultou na criação do SUS.” (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2011)

A implementação do SUS teve início na década de 1990, quando a operacionalização das disposições constitucionais sobre o sistema brasileiro de saúde pública foi materializada pela Lei nº 8.080/ 1990, também conhecida como Lei Orgânica de Saúde. Outros instrumentos de regulamentação do sistema também foram as diversas normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Diante da proporção e do grau complexidade que um sistema integral e universal apresenta, a implementação do SUS enfrentou uma série de dificuldades. Conforme Viana e Dal Poz (2005):

[...] desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dos quais se destacam: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado

na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais. (VIANA E DAL POZ 2005)

Embora enfrente muitos desafios, o SUS figura entre os maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Segundo a cartilha Entendendo o SUS (2002), ele é o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes com câncer e aos pacientes renais crônicos.

3. O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

O direito à saúde está inserido na Constituição Federal de 1988 primeiramente no art. 6º, que estabelece que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. O artigo supracitado está inserido no Capítulo II do Título II, que é o responsável por tratar dos Direitos Sociais na Constituição.

A Constituição de 1988 traz um capítulo próprio dos direitos sociais (capítulo II do título II) e, bem distanciado deste, um título especial sobre a ordem social (título VIII). Mas não ocorre uma separação radical, como se os direitos sociais não fossem algo ínsito na ordem social. O art. 6º mostra muito bem que aqueles são conteúdo desta, quando diz que são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Esta forma é dada precisamente no título da ordem social. Cindindo-se a matéria, como se fez, o constituinte não atendeu aos melhores critérios metodológicos, mas dá ao jurista a possibilidade de extrair, daqui e de lá, aquilo que constitua o conteúdo dos direitos relativos a cada um daqueles objetos sociais [...]. (CRUZ, 2012 apud SILVA, 2009)

Mais adiante, a presente Carta Constitucional possui um título próprio para tratar da Ordem Social (Título VIII) e, dentro desse título em questão, está inserido um capítulo que trata da Seguridade Social (Capítulo II do Título VIII). No interior do capítulo citado, está a Seção II, na qual estão presentes os arts. 196 a 200, que tratam especificamente do direito à saúde.

O art. 196 é categórico ao reconhecer a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, além de explicitar que ele deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, sempre de forma universal e igualitária. Segue abaixo a redação do presente dispositivo na Constituição:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Conforme observa Medina, 2014:

O direito à saúde é tratado pela Constituição como direito de todos e dever do Estado. Este deve atuar, através de políticas sociais e econômicas, com o fim de reduzir o risco de doença e de outros agravos, bem como de proporcionar acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção. Diante do comando previsto no art. 196, e considerando que, no caso, está-se diante de um direito fundamental social (cf. art.º, c/c art. 5.º, § 2.º) que tem aplicação imediata (art. 5º, §1.º), deve o Estado atuar para concretizá-lo. (MEDINA, 2014)

Ao verificar o conteúdo do art. 196 da Constituição Federal, Cruz (2012) aponta que é evidente que o regramento tem 2 princípios relacionados à saúde: o princípio do acesso universal e o princípio do acesso igualitário.

O princípio do acesso universal traduz que os recursos e ações na área de saúde pública devem ser destinados ao ser humano enquanto gênero, não podendo, portanto, ficar restritos a um grupo, categoria ou classe de pessoas. Sob a ótica da atual Constituição Federal, são incogitáveis mecanismos de restrição do acesso à rede e aos serviços públicos de saúde, tal como a restrição, outrora existente, que deferia o acesso exclusivamente àqueles que contribuíssem para a previdência social. O princípio em pauta é complementado logicamente pelo princípio do acesso igualitário, cujo significado pode ser traduzido pela máxima de que pessoas na mesma situação clínica devem receber igual atendimento, inclusive no que se refere aos recursos utilizados, prazos para internação, para realização de exames, consultas etc. (CRUZ, 2012 apud ARAUJO E NUNES JÚNIOR, 2009)

Ainda dizendo respeito ao art. 196 da legislação supramencionada, Andrade (2011) diz o seguinte:

Logo, cabe ao Estado, este entendido em todas as suas dimensões federativas, ou seja, União Federal, Estados Membros e Municípios, não só a sua garantia, objetivando-se a minimização dos riscos e possíveis agravos à saúde pública, bem como a garantia do acesso universal e irrestrito de todos às ações essenciais voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, o dever do Estado é pressuposto essencial na efetivação do direito à saúde, no sentido de o Estado-devedor estar obrigado a realizar a efetivação deste, para com o cidadão-credor, já que este direito lhe é inerente. (ANDRADE, 2011)

O art. 197 da legislação supracitada é claro ao dizer que as ações e os serviços de saúde são considerados de relevância pública, evidenciando também que cabe ao Poder Público dispor sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, além de apontar que a

sua execução deve ser feita “diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988).

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

O art. 198 da Carta Constitucional indica que todas as ações e serviços públicos de saúde formam um único sistema, denominado Sistema Único de Saúde, além de especificar seus princípios, conforme consta abaixo:

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. [...] (BRASIL, 1988)

O dispositivo constitucional acima mencionado também trata do financiamento do SUS. Ao observá-lo atentamente, torna-se evidente que “o art. 198 da Constituição detalhou o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde e manteve a vinculação de recursos orçamentários dos três entes da Federação, com a possibilidade de contar com outras fontes de recursos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Após analisar o conteúdo dos arts. 197 e 198, fica evidente que “a Constituição Federal atribuiu à lei a regulamentação das ações e serviços de saúde (art. 197), determinando que seja constituída uma rede regionalizada e hierarquizada (art. 198), organizada de forma descentralizada, que assegure o atendimento integral (art. 198, II)” (DRESH, 2015).

De acordo com o art. 199 da Constituição, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Logo em seu § 1º é evidenciado que “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”. Também é importante ressaltar que o § 2º do artigo em questão veda a

destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

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.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 1988)

O art. 200 da Constituição dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde, que estão elencadas abaixo:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988)

O direito à saúde também consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que prevê em seu artigo XXV que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Conforme apontado por

Cruz (2012), ao citar Araujo e Nunes Júnior (2009), o direito à saúde constitui um desdobramento do próprio direito à vida. Logo, evidentemente, não poderia deixar de ser considerado como um direito fundamental do indivíduo.

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro responsável pela tarefa de fornecer suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, além de também operar a distribuição de fármacos com base na política nacional de medicamentos, conforme cita Coêlho (2020).

Cruz (2012), ao citar Araujo e Nunes Júnior (2009, p. 487), comenta os 3 princípios do Sistema Único de Saúde que estão presentes no art. 198 da Constituição, conforme descrito abaixo.

O Sistema Único de Saúde rege-se por três princípios cardiais: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade. A descentralização indica que o SUS deve caminhar no sentido de que o atendimento básico à população seja realizado plenamente pelos Municípios, cabendo aos Estados o trato de questões de alta complexidade e à União a gestão do sistema. [...] A rede pública de saúde deve propiciar atendimento integral, envolvendo desde a prevenção, passando pelo atendimento médico e hospitalar e envolvendo a assistência farmacêutica (remédios). A participação da comunidade foi solidificada com a implantação dos Conselhos de Saúde (em todos os níveis federativos), órgãos que, só pela afirmação constitucional, possuem caráter deliberativo (Lei n. 8.142/90). (CRUZ, 2012 apud ARAUJO e NUNES JUNIOR, 2009)

Conforme aponta Ricardo de Oliveira (IBROSS, 2018), Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo no período de 2015 a 2018, também é preciso registrar que, mesmo com todos os problemas, o SUS funciona. As entregas que ele realiza são maiores que as muitas dificuldades que ele exhibe. Apenas no Espírito Santo, no ano de 2017, foram 8,5 milhões de consultas, mais que o dobro da população do estado, 7 milhões de doses de vacinas, 38 milhões de unidades de medicamentos distribuídas e 252 mil internações.

Ricardo de Oliveira (IBROSS, 2018) é categórico ao dizer que ao analisar o tamanho gigantesco da estrutura de saúde pública do Brasil, os problemas são proporcionalmente pequenos quando comparados com as realizações. O autor também pondera que a atenção que é dada às deficiências do SUS, principalmente pela mídia, é sempre maior que a dada pelos pontos positivos, o que acaba influenciando a percepção geral da sociedade de modo negativo.

É um equívoco dizer—e eu me nego a dizer —que vivemos num caos. Caos é imaginar a população brasileira sem os milhões de atendimentos que o SUS faz diariamente. Mas isso não me impede de admitir, evidentemente, que é preciso melhorar. Tem muita coisa para consertar. (IBROSS, 2018)

O autor supracitado também ressalta que um requisito fundamental a ser considerado na celebração dos contratos de gestão, seja com o terceiro setor, seja com a iniciativa privada, é a competência e a capacidade do agente público de controlar o parceiro contratado.

Não há solução mágica: transferir serviços para um parceiro e achar que tudo funcionará perfeitamente é um engano. Repassar o serviço e não supervisionar não funciona! O parceiro —no caso, as organizações sociais—agrega qualidade. Mas cabe ao setor público exercer seu papel de controlar, fiscalizar e acompanhar de forma permanente a execução dos contratos, a fim de que os resultados pretendidos aconteçam. Gestão é desafio diário, rotineiro e que precisa de método. (IBROSS, 2018)

Conforme aponta Francisco Figueiredo (IBROSS, 2018), Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde no período de 2016 a 2020, o sistema de saúde brasileiro é gigantesco e não existe paralelo a ele no mundo. Segundo dados mencionados por esse mesmo autor, o SUS realiza por ano 1,3 bilhão de consultas/atendimentos, 3,9 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 11 milhões de internações. Há 160 milhões de brasileiros que dependem do SUS, de acordo com dados de junho de 2018. Em suma, mais de 70% da população brasileira usa o sistema público de saúde.

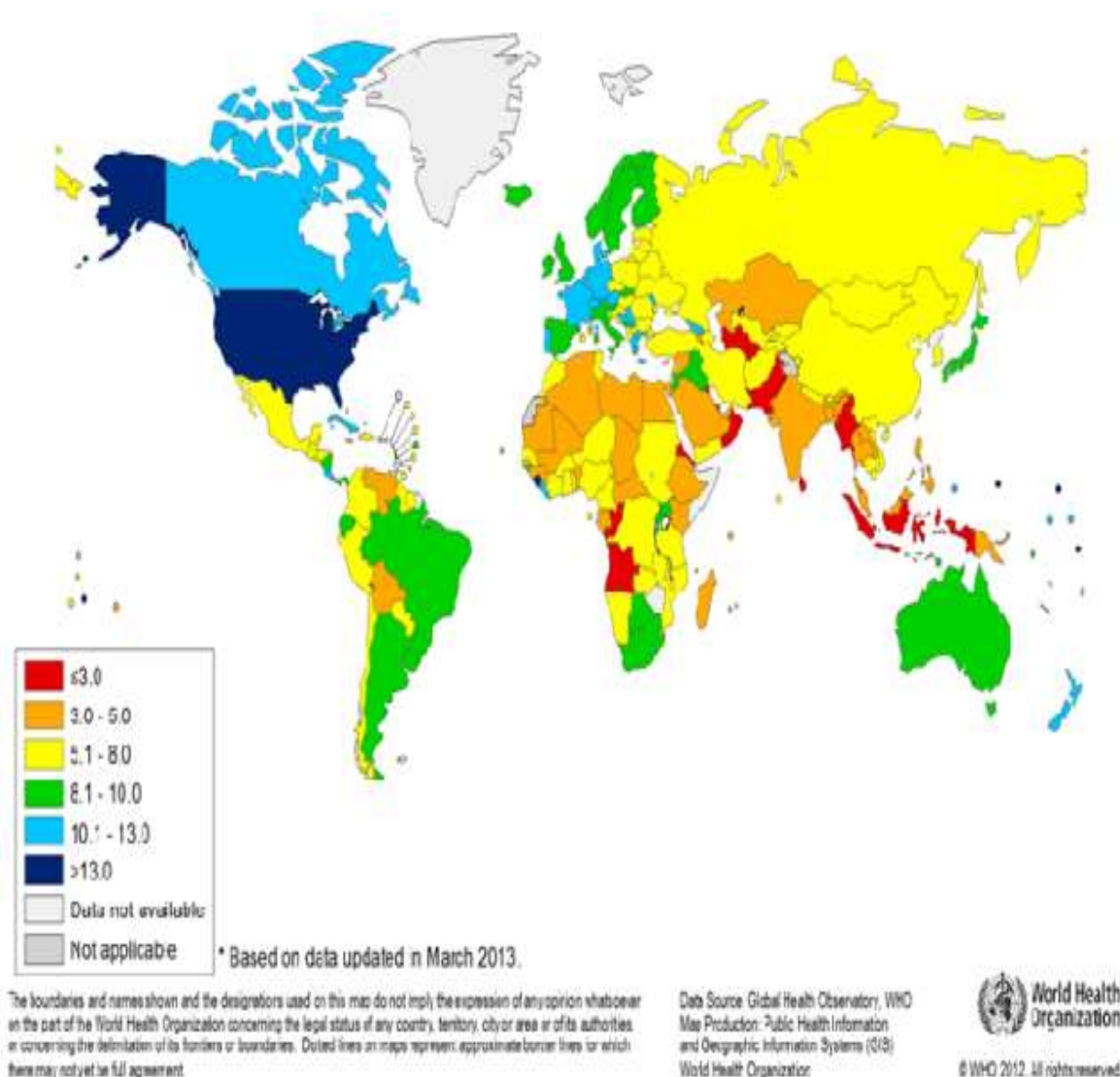
Outra particularidade do SUS, também mencionada por Francisco Figueiredo (IBROSS, 2018), é a sua extensão continental: 27 unidades da federação, 5.568 municípios e a União envolvidos num modelo tripartite. O mencionado autor também aponta que o país gasta 9% do PIB com saúde, divididos entre recursos públicos (43%) e privados (57%). União, estados e municípios dispenderam R\$ 246 bilhões no ano de 2016. Diante desses fatos, torna-muito evidente que a implantação de qualquer política nesse sistema exige potência, energia e empenho enormes.

É evidente que esse sistema enfrenta alguns problemas, mas segundo Francisco Figueiredo (IBROSS, 2018), isso não é exclusividade brasileira, ainda que o SUS não tenha paralelo, pois é o maior sistema público de saúde do mundo, outros sistemas de saúde como o da Dinamarca, de Portugal e da Inglaterra, só para citar alguns exemplos, também vêm enfrentando problemas.

5. FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE BRASILEIRA

Conforme exposto na Nota Técnica nº 12/2013, da Consultoria de Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados, citando dados do Banco Mundial, 2011, o global gasto em saúde (público e privado), tendo como base os termos percentuais do Produto Interno Bruto (PIB), “no Brasil, foi de 8,9%. Em países com adoção semelhante de cobertura universal, as porcentagens foram de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na Austrália.” A seguir, a Figura I retrata um mapa-múndi contendo o grau de despesa total em saúde de cada país, tendo como base a sua percentagem do PIB de 2011.

Figura I – Despesa total em saúde - Percentagem do PIB de 2011 (*)



Fonte: Nota Técnica nº 12/2013- CONOF/CD apud Organização Mundial da Saúde

De acordo com a Nota Técnica nº 12/2013 CONOF/CD ao citar publicação da Fiocruz-Ipea, foi observado que tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde é proveniente de fontes públicas. Também foi observado que grande parte do gasto privado nesses países é realizada por meio de pré-pagamento (planos e seguros privados). O presente estudo ainda detectou que, de maneira paradoxal, o desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é mais acentuado nos países mais pobres.

Tendo como referência os dados expostos na Tabela I, fica evidenciado que “a participação de fontes públicas no financiamento da despesa total dos sistemas varia de 68,5%, na Austrália, a 82,7%, na Inglaterra, com uma média de 70%” (CONOF/CD, 2013)

Tabela I – Indicadores Econômicos e de Despesas em Saúde Mundiais

| Países/ Descritor | Canadá | França | Austrália | Reino Unido | União Europeia | Espanha | Argentina | Brasil | China |
|--|-----------|-----------|-----------|-------------|----------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| PIB <i>per capita</i> (dólar corrente) | 50.343,69 | 42.379,26 | 61.789,48 | 38.974,32 | 34.923,04 | 31.984,73 | 10.941,96 | 12.593,89 | 5.444,79 |
| PIB <i>per capita</i> , PPC (1) | 35.714,79 | 29.820,09 | 34.852,66 | 32.808,79 | 28.048,60 | 26.952,35 | ----- | 10.278,63 | 7.417,89 |
| Despesas <i>per capita</i> de saúde (dólar corrente, US\$) | 5.629,73 | 4.952,00 | 5.938,65 | 3.608,65 | 3.550,68 | 3.026,65 | 891,80 | 1.120,56 | 278,02 |
| Despesa <i>per capita</i> em saúde, PPC (const. 2005 internacional \$) (1) | 4.519,96 | 4.085,48 | 3.691,55 | 3.321,67 | 3.259,80 | 3.040,78 | 1.433,70 | 1.042,73 | 432,28 |
| Despesas privadas de saúde, (% do PIB) | 3,31 | 2,70 | 2,84 | 1,61 | 2,33 | 2,49 | 3,19 | 4,83 | 2,28 |
| Despesas públicas de saúde, (% do PIB) | 7,87 | 8,92 | 6,19 | 7,71 | 7,82 | 6,95 | 4,92 | 4,07 | 2,89 |
| Despesas públicas de saúde (% do total de despesas em saúde) | 70,41 | 76,74 | 68,51 | 82,70 | 77,04 | 73,59 | 60,64 | 45,74 | 55,89 |
| Despesas totais de saúde (% do PIB) | 11,18 | 11,63 | 9,03 | 9,32 | 10,15 | 9,44 | 8,11 | 8,90 | 5,16 |

Fonte: NT nº 12/2013 da Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados citando Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013. OBS: (1) *per capita* com base na paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP).

A seguir, na Tabela II, estão dados que possibilitam analisar a participação federal no financiamento da saúde. Conforme exposto pela Nota Técnica nº 12/2013 - CONOF/CD em valores correntes, a presente tabela expõe a participação dos entes federativos no dispêndio com a saúde entre os exercícios de 2000 a 2011.

Tabela II – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

Em R\$ bilhão correntes

| Entes Federados | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % |
| União | 20,4 | 58,6 | 22,5 | 54,6 | 24,7 | 52,1 | 27,2 | 50,1 | 32,7 | 49,3 | 36,5 | 47,7 | 40,7 | 46,7 | 44,3 | 45,8 | 48,7 | 43,4 | 58,3 | 46,6 | 62,0 | 44,7 | 72,3 | 45,4 |
| Estados | 7,0 | 20,2 | 9,4 | 22,9 | 10,8 | 22,6 | 13,3 | 24,5 | 17,3 | 26,0 | 19,7 | 25,7 | 23,0 | 26,3 | 26,0 | 26,9 | 31,0 | 27,6 | 32,3 | 25,8 | 37,3 | 26,9 | 40,9 | 25,7 |
| Municípios | 7,4 | 21,2 | 9,3 | 22,6 | 12,0 | 25,3 | 13,8 | 25,4 | 16,4 | 24,7 | 20,3 | 26,5 | 23,6 | 27,0 | 26,4 | 27,3 | 32,6 | 29,0 | 34,5 | 27,6 | 39,3 | 28,4 | 45,9 | 28,8 |
| Gasto Público Total | 34,7 | 100 | 41,2 | 100 | 47,5 | 100 | 54,3 | 100 | 66,4 | 100 | 76,4 | 100 | 87,3 | 100 | 96,7 | 100 | 112,2 | 100 | 125,1 | 100 | 138,5 | 100 | 189,2 | 100 |

Fonte: NT nº 12/2013 CONOF/CD ao citar os seguintes estudos: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. OBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Siops; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Esfera Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

A Nota Técnica nº 12/2013 - CONOF/CD ainda avalia que em que pese o crescimento nominal verificado em todo período, é evidente a redução da participação relativa da União ao longo dos anos.

A participação relativa da União no gasto total público em saúde no ano 2000 era cerca de 58,6%. Ao longo do período de 2000 a 2011 essa participação encolheu, tendo chegado a 43,4%, em 2008, e atingido 45,4%, em 2011, ao passo que a participação dos demais entes federados aumentou, sobretudo, a dos Municípios, que subiu no período quase oito pontos percentuais, saindo de 21,2% para 28,8%. (CONOF/CD, 2013)

A próxima tabela observa em que medida cada ente federado participa de Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS), levando em consideração os valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme exposto pela Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD. O estudo em análise ainda destacou que mesmo que a despesa nominal tenha aumentado em termos nominais desde 2000, conforme demonstrado pela Tabela II, é possível verificar que a preços constantes de 2011, apenas a partir do ano de 2004 que passou a haver efetivamente incremento real.

Tabela III – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Em R\$ Milhão

| Entes Federados | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| União | 41.312,5 | 42.700,4 | 43.337,5 | 41.512,3 | 46.850,9 | 48.920,1 | 52.430,9 | 54.998,4 | 57.180,0 | 65.268,3 | 66.077,5 | 72.332,3 |
| Estados | 14.213,5 | 17.896,0 | 18.846,4 | 20.339,5 | 24.746,8 | 26.362,2 | 29.567,7 | 32.242,9 | 36.392,6 | 36.132,9 | 39.737,0 | 40.947,8 |
| Municípios | 14.961,2 | 17.651,5 | 21.075,3 | 21.023,1 | 23.510,1 | 27.197,2 | 30.322,2 | 32.816,0 | 38.261,2 | 38.690,2 | 41.882,0 | 45.924,5 |
| Gasto Público Total | 70.487,2 | 78.247,8 | 83.259,3 | 82.874,9 | 95.107,9 | 102.479,5 | 112.320,8 | 120.057,3 | 131.833,8 | 140.091,3 | 147.696,5 | 159.204,5 |

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados

A Tabela IV evidencia o aumento do aporte de recursos dos Estados e dos Municípios no financiamento da saúde. A Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD avalia que no período compreendido entre 2000 e 2011 houve um crescimento de R\$ 57,7 bilhões. Ao realizar a mesma comparação com as alocações realizadas pela União, observa-se que elas aumentaram apenas R\$ 31 bilhões. O estudo supracitado avaliou que “dos R\$ 88,7 bilhões acrescidos nos gastos totais, cerca de 65% são advindas de receitas próprias de Estados e Municípios” (CONOF/CD, 2013)

Tabela IV – Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2000 e 2011 (valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Em R\$ Bilhão

| Entes Federados | 2000 | | 2011 | | Acréscimo de 2011 em relação a 2000 | |
|---------------------|------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|
| | R\$ | % | R\$ | % | R\$ | % |
| União | 41,3 | 58,6% | 72,3 | 45,4% | 31,0 | 35,0% |
| Estados | 14,2 | 20,2% | 40,9 | 25,7% | 26,7 | 30,1% |
| Municípios | 15,0 | 21,2% | 45,9 | 28,8% | 31,0 | 34,9% |
| Gasto Público Total | 70,5 | 100% | 159,2 | 100% | 88,7 | 100% |

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

Vale ressaltar a importância de também analisar isoladamente o período compreendido entre 2004 a 2011, que está exposto na Tabela V, uma vez que a Emenda Constitucional nº 29/2000 estipulou uma regra de transição para que os Estados e os Municípios se adequassem aos novos percentuais de aplicação em saúde, de modo que “aqueles que estivessem aplicando percentuais inferiores aos previstos na presente emenda constitucional (12% para Estados e 15% para Municípios) pudessem elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004.” (CONOF/CD, 2013)

Tabela V – Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2004 e 2011
(valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

| Entes Federados | 2004 | | 2011 | | Acréscimo de 2011 em relação a 2004 | |
|----------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------------------------------|-------------|
| | RS | % | RS | % | RS | % |
| União | 46,9 | 49,3% | 72,3 | 45,4% | 25,5 | 39,9% |
| Estados | 24,7 | 26,0% | 40,9 | 25,7% | 16,2 | 25,3% |
| Municípios | 23,5 | 24,7% | 45,9 | 28,8% | 22,4 | 35,0% |
| Gasto Público Total | 95,1 | 100% | 159,2 | 100% | 64,1 | 100% |

Em R\$ Bilhão

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

Observa-se que mesmo se baseando em gastos do ano de 2004, os dados da tabela acima evidenciam que os entes subnacionais realizaram o custeio de 60,2% desse aumento, tendo aportes adicionais principalmente dos municípios, na qual o montante aplicado no ano de 2011 praticamente dobrou quando comparado ao ano de 2004, partindo de R\$ 23,5 bilhões para 45,9 bilhões, conforme explicita a Nota Técnica 12/2013 – CONOF/CD.

A observação da redução da participação federal no custeio da saúde fica ainda mais clara quando observados os valores *per capita* das despesas públicas de cada ente da federação nesse setor. As tabelas VI e VII apresentam esses valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011.

Conforme verificado pela Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD, é possível constatar que os gastos da União passaram de R\$ 248,70, no ano 2000, para R\$ 375,99, no ano de 2011, fato que evidencia um crescimento de 51,2%. Nesse mesmo período mencionado, os Estados partiram de R\$ 85,57 para R\$ 212,85, com aumento de 148,8%. Os

municípios passaram de R\$ 90,07 para R\$ 238,72, tendo aumento de 165,0%. Diante dos dados apresentados, foi possível concluir que, em valores constantes, o gasto *per capita* dos entes subnacionais em saúde subiu no período compreendido entre 2000 e 2011, em termos percentuais, o triplo do acréscimo que a esfera federal experimentou.

**Tabela VI – Despesa *Per Capita* com Ações e Serviços Públicos de Saúde
(valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)**

| Entes Federados | Per capita do Exercício | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Federal | 248,70 | 247,70 | 248,16 | 234,70 | 258,02 | 265,60 | 280,72 | 298,88 | 301,56 | 340,81 | 346,44 | 375,99 |
| Estados | 85,57 | 103,81 | 107,92 | 115,00 | 136,29 | 143,13 | 158,31 | 175,22 | 191,93 | 188,68 | 208,34 | 212,85 |
| Municípios | 90,07 | 102,40 | 120,68 | 118,86 | 129,47 | 147,66 | 162,35 | 178,33 | 201,79 | 202,03 | 219,58 | 238,72 |
| Total | 424,33 | 453,91 | 476,77 | 468,56 | 523,78 | 556,40 | 601,38 | 652,43 | 695,28 | 731,52 | 774,36 | 827,56 |

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

**Tabela VII – Variação da Participação *Per Capita* dos Entes Federados em ASPS
(valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)**

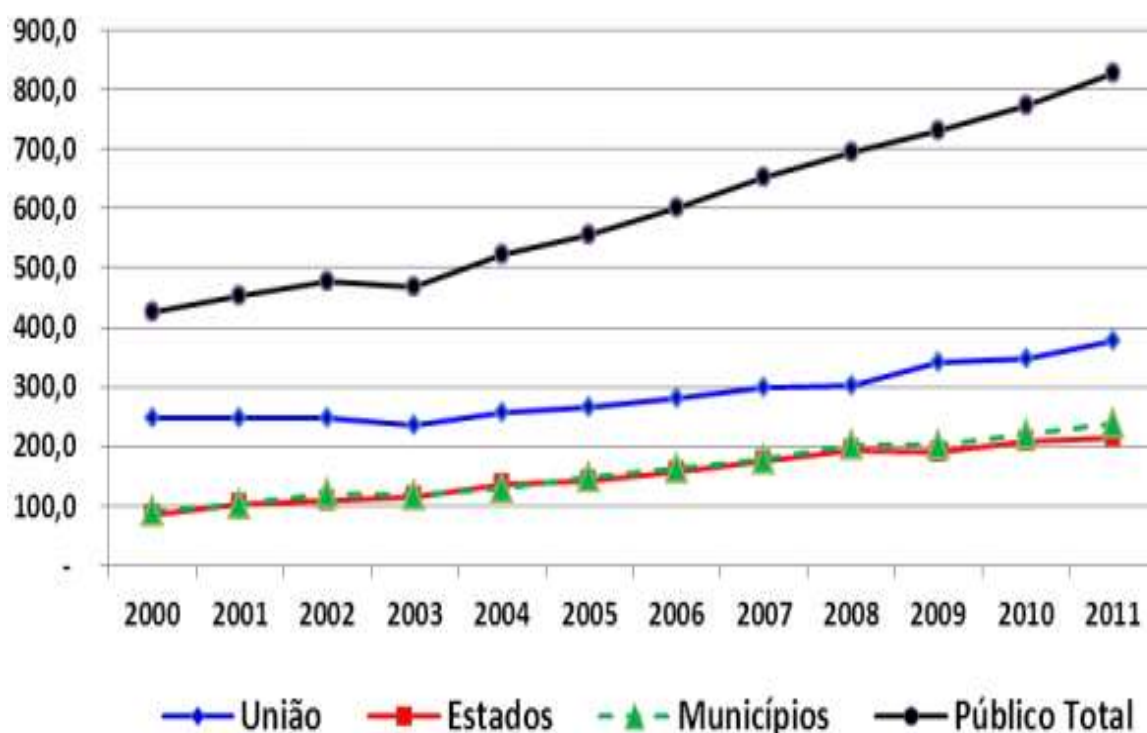
| Ente Federado | Per capita do Exercício de 2000 | Per capita do Exercício de 2004 | | Per capita do Exercício de 2011 | |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| | R\$ (1) | R\$ (1) | Variação em Relação ao Exercício de 2000 | R\$ (2) | Variação em relação ao Exercício de 2000 |
| União | 248,70 | 258,02 | 3,7% | 375,99 | 51,2% |
| Estados | 85,57 | 136,29 | 59,3% | 212,85 | 148,8% |
| Municípios | 90,07 | 129,47 | 43,8% | 238,72 | 165,0% |
| Total | 424,33 | 523,78 | 23,4% | 827,56 | 95,0% |

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados, utilizando como fonte Siops/MS, consulta em abril/2013 (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html>) Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. OBS: (1) valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor para 2011 e divididos pela população. (2) Valores divididos pela população.

Cabe destacar que no período compreendido entre 2000 e 2003 a União não aumentou os dispêndios *per capita*, conforme demonstrado pelo Gráfico 1, localizado a seguir. Conforme mencionado anteriormente, a Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD

informa que nesse intervalo de tempo a Emenda Constitucional nº 29/2000 estabeleceu uma regra de transição para os Estados e Municípios se adequarem aos percentuais novos de aplicação em saúde, na qual o prazo limite era o exercício financeiro de 2004. Dessa maneira, até o ano de 2003, o crescimento dos gastos públicos totais na saúde foi em decorrência do aumento da participação dos entes subnacionais, uma vez que se viram obrigados a respeitar o mandamento constitucional.

Gráfico 1



Fonte: Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD

Tabela VIII – Participação Federal em Percentual da RCB, RCL e do PIB do Exercício

| Ano | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| % da RCB | 8,06% | 7,77% | 7,21% | 7,07% | 7,26% | 6,92% | 6,98% | 6,72% | 6,45% | 7,51% | 6,96% | 7,03% |
| % da RCL | 14,02% | 13,40% | 12,25% | 12,08% | 12,37% | 12,04% | 11,82% | 11,46% | 11,36% | 13,33% | 12,40% | 12,95% |
| % do PIB (ano corrente) | 1,73% | 1,73% | 1,67% | 1,60% | 1,68% | 1,70% | 1,72% | 1,66% | 1,61% | 1,80% | 1,64% | 1,75% |

Fonte: Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD ao citar RCB e RCL: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio->

resumido-de-execucao-orcamentaria; PIB: <http://www.bcb.gov.br/?INDECO>. Dados acessados em 15/05/2013. Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html>). Dados acessados em abril/2013. Legenda: RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida. Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

Ainda conforme a Nota Técnica nº 12/2013 – CONOF/CD, é possível perceber a redução da participação federal no setor em termos de comprometimento das Receitas Correntes (RCB e RCL) e do Produto Interno Bruto (PIB). No ano 2000, foi verificado que o gasto da União com saúde era equivalente a 14,02% da Receita Corrente Líquida (RCL) – ou a 8,06% da Receita Corrente Bruta (RCB), mas esses percentuais não foram alcançados novamente nos anos seguintes. A Tabela VIII evidencia que nos exercícios de 2006 a 2008 foram aplicados menos de 12% da RCL, e um número inferior a 7% da RCB nos exercícios de 2005 a 2008.

Outro dado relevante a se destacar, é que no que diz respeito à aplicação na área da saúde em termos de percentuais do PIB, “verifica-se que excetuando os exercícios financeiros de 2009 e 2011, que atingiram, respectivamente, 1,80% e 1,75%, os demais exercícios ficaram abaixo dos 1,73% alcançados em 2000 e 2001” (COSOF/CD, 2013).

6. O TERCEIRO SETOR NA SAÚDE

Conforme assevera Duarte (2009), após o término da Segunda Guerra Mundial, as organizações que não se enquadravam nos aspectos de mercado, lucro e competição do setor privado, e tampouco nas características e formalismos do setor público, começaram a adquirir crescente visibilidade e importância. Essas instituições privadas e sem fins lucrativos, que não se enquadram nem como atividades estatais - Primeiro Setor - nem como as atividades de mercado - Segundo Setor - são classificadas como pertencentes ao Terceiro Setor.

Os teóricos da Reforma do Estado incluíram as organizações sociais no que denominam de terceiro setor, assim entendido aquele que é composto por entidades da sociedade civil que exercem atividades de interesse público e não lucrativas. O terceiro setor coexiste com o primeiro setor, que é o Estado, e o segundo setor, que é o mercado. Na realidade ele caracteriza-se por prestar atividades de interesse público, por iniciativa privada sem fins lucrativos; precisamente pelo interesse público da atividade, o Estado tem interesse em fazer parceria com as mesmas, dentro da atividade de fomento; para essa parceria, as entidades tem que atender a determinados requisitos impostos por lei que variam de um caso para outro. (DI PIETRO, 2017 p. 318)

Para realizar uma análise do atual panorama da saúde pública no Brasil, é fundamental reconhecer que “o sistema hospitalar brasileiro é pluralista. Tanto no setor público, quanto no privado, existem múltiplos arranjos de financiamento, propriedade e organização, e há uma longa tradição de financiamento público a estabelecimentos privados” (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2011).

6.1 O que é o Terceiro Setor

Segundo Di Pietro (2009, p. 489), mesmo que o termo paraestatal não esteja presente na Constituição, é um termo que está amplamente presente na doutrina, na jurisprudência, em leis ordinárias e complementares. “Embora no direito positivo a expressão terceiro setor não seja quase utilizada, na prática administrativa e na doutrina a expressão já é consagrada e designa entidades com algumas características comuns” (DI PIETRO, 2017 p. 319).

Duarte (2009) aponta que a classificação do Terceiro Setor é bastante genérica, uma vez que abarca várias formas e modelos de organização cujo ponto comum é a autonomia frente ao Estado. Diante da multiplicidade, diversidade de foco, modo de atuação, embasamento ideológico contraditório e até antagônico dessas organizações, constitui tarefa nada fácil definir, identificar e classificar seus componentes.

Conforme assinala Di Pietro (2017), tanto as Organizações Sociais (OS), quanto as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), foram instituídas com o mesmo objetivo: efetivar parceria entre o poder público e uma organização não governamental qualificada pelo poder público, sob certas condições, para prestar atividade de interesse público mediante variadas formas de fomento pelo Estado.

Os dois tipos de entidades atuam na área dos chamados serviços públicos não exclusivos do Estado ou, mais especificamente, na área dos serviços sociais, que a Constituição prevê como serviço público e como atividade aberta à iniciativa privada, como saúde, educação, cultura etc. (DI PIETRO, 2017 p. 318)

Di Pietro (2017) ainda aponta que o que difere OS de OSCIP é o instrumento jurídico pelo qual se concretiza a parceria com a administração pública. No caso da OS, a parceria é concretizada por meio de um contrato de gestão, e no caso da OSCIP é por meio de termo de parceria.

Embora as OS sejam enquadradas como entidades de colaboração integrantes do terceiro setor, Di Pietro (2017) afirma que elas apresentam uma peculiaridade em relação às

demais entidades privadas e sem fins lucrativos: Realizam a prestação de serviço público por delegação do poder público de forma a substituí-lo na prestação de uma atividade que seria de sua competência, utilizando-se de bens, patrimônios e recursos públicos.

É preciso fazer aqui uma observação quanto às chamadas organizações sociais, disciplinadas na esfera federal pela lei nº 9.637, de 15-5-1998. Embora enquadradas, em regra, como entidades de colaboração que integram o terceiro setor, na realidade, apresentam uma peculiaridade em relação às demais: elas, como *regra geral*, prestam serviço público por delegação do poder público. Elas se substituem ao poder público na prestação de uma atividade que a este incumbe; prestam a atividade utilizando-se de bens e patrimônio público, muitas vezes contando com servidores públicos em seu quadro de pessoal, e são mantidas com recursos públicos; embora instituídas como entidades privadas, criadas por iniciativa do particular, a sua qualificação como *organização social* constitui iniciativa do poder público e é feita com o objetivo de a elas transferir a gestão de determinado serviço público e a gestão de um patrimônio público. (DI PIETRO, 2017, p. 322)

Zolet (2011) aponta que parte da doutrina tece críticas às OS por entenderem que a atuação de entidades de direito privado na prestação de serviços sociais de incumbência do poder público viola a Constituição. Seguindo essa linha, Justen Filho (2006) aponta que as OS seriam instrumentos de intervenção privada no domínio público.

Nesse sentido, Di Pietro (2017) pondera que o objetivo central da Administração Pública, ao fugir do regime jurídico em que é submetida, seria permitir que a prestação do serviço público seja realizada sob o regime jurídico do direito privado.

No que diz respeito ao objeto do contrato de gestão que as vincula ao poder público, pode-se afirmar que se constitui, em regra, não como atividade privada de interesse público (serviços sociais não exclusivos do Estado, como as demais entidades do terceiro setor), mas como serviço público social de titularidade do Estado, a elas transferido mediante delegação feita por meio de contrato de gestão. A sua posição é muito semelhante à das concessionárias de serviço público, com a diferença de não receberem remuneração dos usuários, mas são mantidas com recursos provenientes do orçamento do ente público que as qualificou. A aproximação maior é com a parceria público-privada, na modalidade de concessão administrativa, em que a atividade é delegada pelo Estado e é por ele inteiramente financiada. A diferença é que, na concessão administrativa, a entidade privada atua com fins lucrativos, o que não ocorre com as organizações sociais que, necessariamente, para serem qualificadas como tais, não podem ter fins lucrativos (DI PIETRO, 2017, p. 323)

Com o intuito de proteger os bens públicos administrados por essas entidades, conforme aponta Di Pietro (2017), o legislador equiparou as responsabilizações legais de seus funcionários às dos agentes públicos. Dessa forma, observa-se que “não há preocupação com a natureza da entidade, que é pessoa jurídica de direito privado instituída por

particulares. O grande objetivo foi proteger o patrimônio público por elas administrado” (DI PIETRO, 2017).

O ‘terceiro setor’ também é passível de atuar com ineficiência e com falta de eficácia, não estando adstrito ao regime jurídico administrativo, sendo mal controlado pelo Poder Público e pela sociedade, sujeitas, assim, aos mesmos vícios da Administração Pública. Ressaltamos ainda que o ‘terceiro setor’ também gasta volumosa soma de dinheiro em suas atividades-meio, assim como ocorre com a Administração. (VIOLIN, 2006)

No mesmo sentido, Zolet (2011) assevera que em face da ausência de critério de seleção das organizações sociais, acaba-se delegando poderes para a prestação de serviços sociais primordiais a instituições sem capacidade técnica e organizacional para a executarem a atividade.

Após realizar uma análise aprofundada dos argumentos favoráveis e antagônicos à atuação das organizações sociais na prestação de serviços de interesse público, Zolet (2011) conclui que há grandes imperfeições na legislação que regulamenta as OS, inferindo que o Estado não pode ser completamente substituído pelas organizações sociais nos serviços desempenhados por estas, mas, visando à prestação de serviços de qualidade e efetividade à população, as atividades de cunho social prestadas pelo Estado devem, sim, ser complementadas pelas entidades do terceiro setor.

6.2 Fundamentação Legal

O marco legal que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais é a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A presente norma evidencia logo em seu art. 1º que essas entidades são pessoas jurídicas de direito privado e sem fins lucrativos:

Art. 1º O Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, atendidos aos requisitos previstos nesta Lei. (BRASIL, 1998)

Embora a adoção do modelo de parceria do poder público junto ao terceiro setor na saúde seja amplamente aceita atualmente, até o ano de 2015 existiam muitas dúvidas quanto à sua constitucionalidade. A lei em questão foi objeto da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923, que aguardou por 17 anos o seu julgamento pelo Supremo Tribunal Federal. O longo período de espera pela decisão da Suprema Corte ocasionou muita

incerteza a respeito da adoção do modelo, mas, o seu julgamento, em 2015, trouxe mais segurança jurídica e findou eventuais questionamentos.

Na visão de Humberto Lucena (IBROSS, 2018), um dos problemas a serem resolvidos é o da inexistência de uma Lei Nacional das Organizações Sociais, pois mesmo havendo a Lei nº 9.637/1998 e leis próprias em estados e municípios, que não estão vinculadas à lei federal, assim como ocorre na área tributária, por exemplo, o autor cita que atualmente não existem normas gerais sobre organizações sociais que tenham que ser respeitadas em âmbito subnacional. O autor supracitado ainda aponta que frequentemente o que ocorre é a mera repetição da lei federal nos níveis estadual e municipal, e é a partir disso que surgem conflitos e deixam de ser observadas certas especificidades locais, de modo a prejudicar o modelo.

Ainda segundo o presente autor, quando existem instituições regidas por regras pensadas para as especificidades do setor saúde, a eficiência tende a ser maior:

Por que será que todos os hospitais públicos do país que têm acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) em nível máximo são geridos por organizações sociais? Será que é porque não existe gestor competente na administração direta? Claro que não. É porque, para reger organizações sociais, os resultados tendem a ser melhores quando temos regras que possibilitam e incentivam agilidade, foco em resultados e em modernos princípios de administração—o que permite ao gestor promover e estimular a eficiência, um princípio da administração. (IBROSS, 2018)

Conforme mencionado acima por Humberto Lucena (IBROSS, 2018), o fato de todos os hospitais públicos do país que têm acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação) em nível máximo serem geridos por organizações sociais é uma evidência de que os resultados tendem a ser superiores quando os mandamentos legais incentivam e possibilitam os gestores da saúde a agirem de forma mais eficiente, eficaz e efetiva. Diante dos fatos apresentados, o autor supramencionado é enfático ao defender que um bom marco regulatório pode fazer grande diferença na qualidade da prestação do serviço de saúde pública.

7. DESAFIOS NA AQUISIÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PELO SETOR PÚBLICO NA SAÚDE

A Administração Pública, por força de mandamento constitucional, deve adquirir bens e serviços indispensáveis para o atendimento do interesse público por meio de um

procedimento formal, que é denominado de licitação. Conforme estabelecido no art 37, XXI, da Constituição Federal:

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

...

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações. (BRASIL, 1988)

Consolidando os mandamentos constitucionais quanto à matéria, ingressou ao regime jurídico a Lei nº 8.666/1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, estabelecendo normas para licitações e contratos da Administração Pública. Ainda nos termos desse mesmo dispositivo constitucional, a Lei nº10520/2002 instituiu a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns.

A observância de procedimentos seletivos orientados pelos princípios constitucionais, conforme Araújo (2011):

Por força de mandamento constitucional, a Administração só pode adquirir os bens e serviços necessários para o atendimento do interesse público por meio de um procedimento formal (alinhado de licitação), tutelado por lei, em que, em condições de igualdade, particulares competem para poder contratar com ela, devendo prevalecer sempre a proposta mais vantajosa. (ARAÚJO, 2011)

A Administração Direta deve seguir estreitamente os presentes dispositivos legais quando realiza a aquisição de bens e serviços, mas, quando aplicados à saúde, a rigidez desses procedimentos, muitas vezes, pode implicar em morosidade e ineficiência. Conforme dados apontados por Humberto Fonseca (IBROSS, 2018), Secretário de Saúde do Distrito Federal no período de 2016 a 2018, cada licitação feita pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal demora cerca de oito meses para ser realizada. Além disso, quando são feitas pela administração direta, ou seja, na maioria dos casos, 20% delas fracassam e 14% são desertas.

Na avaliação do autor supracitado, isso estaria acontecendo porque as regras estabelecidas para os processos licitatórios não estariam sendo mais compatíveis com a

gestão e com as particularidades atuais do nosso sistema público de saúde. Embora a administração direta tenha avançado muito desde a Constituição Federal de 1988, não somente com as leis, mas também com os mecanismos de controle que são impostos pelos órgãos de fiscalização para o cumprimento da legislação vigente, observa-se que os processos licitatórios na área da saúde muitas vezes podem se tornar morosos e, ao mesmo tempo, ineficientes.

Também é observado que a Lei complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, deixa claro em seu art. 48 que todos os processos licitatórios cuja contratação não exceda R\$ 80 mil devem ser destinados exclusivamente à participação de microempresas e empresas de pequeno porte. Humberto Fonseca (IBROSS, 2018) ainda pontua que ao analisar atentamente aqueles 20% de licitações fracassadas que ocorrem na saúde do DF, constatou-se que 67% o são em razão desse dispositivo, e daqueles 14% de licitações desertas, 70% o são também por esse mesmo motivo.

Diante desses fatos apresentados, o presente autor também pontua que os gestores na saúde são obrigados a repetir certames apenas pra cumprir uma legislação que, nessas situações, não traz benefícios nem mesmo para as micro e pequenas empresas, tendo em vista que, na maioria dos casos, não há micro e pequenas empresas nesses mercados. Humberto Fonseca (IBROSS, 2018) ainda cita que em 2017 o Tribunal de Contas do Distrito Federal determinou que mesmo que haja mais de uma licitação fracassada em lotes exclusivos para microempresas, não é permitido abrir a disputa para concorrência geral.

Humberto Fonseca (IBROSS, 2018) declara que muitas vezes o gestor acaba se vendo obrigado a fazer contratações por meio de dispensa de licitação, mas mesmo assim há dificuldades, pois existem legislações e jurisprudências que obrigam a realização de consultas prévias de preços, pesquisas de atas vigentes, consultas a outros órgãos públicos e empresas vencedoras da licitação dessas atas, dentre outros procedimentos. Segundo o autor, a necessidade de cumprir tantas etapas faz com que os processos, inclusive de aquisições de medicamentos essenciais, demorem o mínimo de três a quatro meses para serem concluídos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo o presente estudo analisado o sistema brasileiro de saúde pública e observado a sua atuação em escala nacional, ficou evidente a dificuldade operacional que pode prejudicar o cumprimento dos preceitos constitucionais de fornecimento de um serviço

público de saúde integral e universal. Desse modo, torna-se fundamental que o legislador busque alternativas de gestão que tenham a finalidade de facilitar a entrega do serviço de saúde ao cidadão.

Também foi possível observar que alguns autores apontam que em determinadas situações específicas nas quais o fornecimento de serviços na área da saúde exige agilidade, a rigidez que algumas regulamentações do setor público acabam impondo no que diz respeito, principalmente, às licitações, contratações de pessoal e de serviços, pode ser fator determinante para a ineficiência e ineficácia na entrega final do serviço ao cidadão. Porém, mesmo diante desse cenário de entrave, é de fundamental importância frisar que embora métodos de gestão alternativos possam ter a capacidade de aumentar a autonomia e proporcionar mais agilidade, é essencial que existam fortes garantias de que a transparência e a imparcialidade dos serviços prestados estejam sendo respeitadas.

Alguns autores observam, ainda, que formas de gestão que trazem mais autonomia poderiam contornar a rigidez imposta por algumas regulamentações que ao invés de trazerem reais benefícios aos cidadãos, em determinados casos, podem acabar atrapalhando. Também foi verificado que uma parte considerável desses autores observa que a participação do Terceiro Setor na saúde tem apresentado bons resultados, além de mencionarem que essa poderia ser uma alternativa de gestão que seria capaz de trazer benefícios ao fornecimento da saúde pública.

A partir da avaliação dos dados referentes à participação de cada ente federativo no custeio desse grande sistema, foi possível observar que, dentro do período analisado, o gasto nesse setor aumentou exponencialmente a cada ano, mas entre os entes federativos esse aumento foi muito mais acentuado entre os Estados e os Municípios do que entre a União, que teve um aumento três vezes menor que o desses outros entes da federação.

Destaca-se, ainda, a informação de que não existe paralelo ao SUS no mundo, uma vez que não há nenhum outro país que possua dimensões continentais e concomitantemente adote um sistema de cobertura universal, assim como o Brasil faz. Desse modo, cabe ressaltar a importância compreender que embora o SUS enfrente desafios, a quantidade de benefícios que ele fornece são muito superiores aos problemas enfrentados.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE , Zenaida Tatiana Monteiro. Da efetivação do direito à saúde no Brasil. **Âmbito Jurídico**, [s. l.], 2011. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/da-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

ARAÚJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 jun. de 2021.

BRASIL. **Lei nº 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/19637.htm. Acesso em: 14 jun. de 2021.

BRASIL. **Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006**. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte; altera dispositivos das Leis no 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, da Lei no 10.189, de 14 de fevereiro de 2001, da Lei Complementar no 63, de 11 de janeiro de 1990; e revoga as Leis no 9.317, de 5 de dezembro de 1996, e 9.841, de 5 de outubro de 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp123.htm. Acesso em: 14 jun. de 2021.

COÊLHO , Marcus Vinicius Furtado. O Direito Constitucional, a Saúde e sua Evolução. **Conjur**, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-mai-10/constituicao-direito-constitucional-saude-evolucao>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CONOF/CD, Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados. Nota Técnica nº 012, de 2013. **Financiamento na Saúde: Brasil e outros Países com Cobertura Universal**: A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde - SUS., [S. l.], 2013. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel..pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CRUZ, André Gonzalez. A saúde na Constituição Federal. **Jusbrasil**, [s. l.], 2012. Disponível em: <https://andregonzalez2.jusbrasil.com.br/artigos/121940811/a-saude-na-constituicao-federal>. Acesso em: 14 jun. 2021.

DRESCH, Renato Luís. O Acesso à Saúde Pública e a Eficácia das Normas de Regulação do SUS. **CONASS**, [s. l.], 2015. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/126/1127/O-ACESSO-%C3%80-SA-%C3%9ADE-P%C3%9ABLICA-E-EFIC%C3%81CIA-DAS-NORMA-LEGAIS-E-INFRALEGAIS-DE-REGULA%C3%87A%C3%95-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 23ª ed. São Paulo: Atlas, 2010

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**. 11ª ed. São Paulo: Forense, 2017

DUARTE, Ivomar Gomes. **Características dos modelos de gestão das organizações sociais contratadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para o gerenciamento de hospitais**. Disponível em file:///C:/Users/Aluno/Downloads/487-Tese_CCD_ISP_Duarte,_Ivomar_Gomes_2009.pdf. Acesso em: 09 jul. 2019

IBROSS, Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. **Boas práticas na gestão de parceria com o Terceiro Setor na Saúde**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/livro-seminario-2018-boas-praticas-na-gestao-de-parceria-com-o-terceiro-setor-na-saude/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

JUSTEN FILHO. Marçal. **Curso de Direito Administrativo**. 2ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 139.

LA FORGIA, Gerard; Bernard F. COUTTOLENC. **Desempenho Hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009

MEDINA, José Miguel Garcia. **Constituição Federal Comentada**. 3ª Edição. ed. São Paulo: Editora Thomson Reuters Revista dos Tribunais, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SOUZA, Renilson Rehem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: [s. n.], 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Financiamento Público de Saúde. **Série ECOS Economia da Saúde para a Gestão do SUS**, Brasília, v. 1, 2013. Disponível em: Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 32. Ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2019

ZOLET, Rachel. **O contrato de gestão entre o poder público e organizações sociais como instrumento de fuga do regime jurídico administrativo**. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/18550/o-contrato-de-gestao-entre-o-poder-publico-e-organizacoes-sociais-como-instrumento-de-fuga-do-regime-juridico-administrativo/1>. Acesso em: 09 jul. 2019