

A REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO, LEI 13.019/2014 UM NOVO MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Autora: Roberta Raiane Rubens Coutinho¹

Co-autor: Laci Marcos Dias²

Artigo apresentado a banca examinadora como pré requisito de conclusão da pós graduação em Gestão de Saúde, UFG/Alexânia-GO.

RESUMO: *A elevação do direito a saúde ao patamar de direito fundamental pela Constituição de 1988, refletiu de forma direta na criação do Sistema Único de Saúde, que foi o modelo que revolucionou a saúde pública no Brasil. Apesar de ser um modelo que pregará a universalização da saúde em suas diversas formas de atuação, o SUS não foi capaz de atender as necessidades de toda a população. A falência do Welfare State, se deu com a Reforma*

¹ **RUBENS COUTINHO**, Roberta Raiane. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Universidade Católica de Goiás (UCG) desde 2008. Enfermeira Mestranda em Unidade de Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI). Enfermeira pós-graduada em Oncologia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (FACIBRA). Enfermeira pós-graduada em gestão em saúde pela Universidade Estadual de Goiás (UEG). Membro da comissão de ética do conselho regional de enfermagem. Atualmente, enfermeira oncológica no hospital Sírio Libanês. Possui experiência como Enfermeira assistencial do Grupo Santa - Hospital Santa Lúcia - Experiência profissional em UTI adulto, UTI cardiopulmonar, UTI neurológica, UTI semi-intensiva e Clínica Cardiológica com atividades de assistência ao paciente em seu processo de saúde-doença, execução de atividades de supervisão e acompanhamento dos serviços de enfermagem; responsabilidade de procedimentos privativos do Enfermeiro e cuidados de alta complexidade. Enfermeira Gestora diversas UTIS: UTI adulto, UTI coronariana e UTI semi intensiva. Como gestora desempenhei diversas atividades como: administração da assistência em todas as áreas da UTI, o planejamento, organização, direção e atuação cobrando resultados e avaliando os processos de trabalho que envolvem a assistência ao cliente/paciente, sempre focando na qualidade e satisfação dos serviços prestados a nossa clientela. Tem como área de interesse de estudos da enfermagem e vivência nos setores hospitalares: Pronto Socorro, Oncologia, Maternidade, Clínica Cardiológica e Unidade de Terapia Intensiva; a direção do serviço de enfermagem, planejamento da assistência, consultoria, consulta de enfermagem, cuidados diretos ao paciente e demais procedimentos de maior complexidade e responsabilidade técnica do enfermeiro. Elege como prioridade de estudos o campo de saúde pública como hipertensão, diabetes, dentre outras doenças crônicas de relevância à população. Possui interesse por pesquisas que tenham como foco a segurança do paciente. Também se interessa pela área de transplante de medula óssea, assistência à saúde a pacientes oncológicos, saúde pública e coletiva direcionadas à população adulta.

² **DIAS**. Laci Marcos. Pós graduando em Direito do Trabalho (IPEMIG), Direito Processual Civil (IPEMIG), Bacharel em Direito pela Faculdade Processus (2019), Professor Universitário Voluntário do Programa de Extensão da Faculdade Processus nas disciplinas de Direito do Trabalho, Processo do Trabalho (2019.1), Monitor Universitário do Programa de Extensão para Egressos do Faculdade Processus nas disciplinas de Prática Trabalhista III, IV, Direito Processual do Trabalho e Direito Previdenciário (2018.1) (2018.2) (2019.1), Monitor da Faculdade Processus da disciplina de Ética, período (2018.2). Pertencente ao Núcleo de Pesquisa Avançada da Faculdade Processus Advogado OAB-DF 61.347, militando nas searas de Direito Individual e Coletivo do Trabalho, Processual do Trabalho, Ambiental, Civil e Processual Civil.

Administrativa do Estado a partir da redemocratização e assim com intuito de melhorar a qualidade de atendimento e gestão e que o Governo Federal está implementando um novo modelo de gestão em saúde, em parceria com entidades não governamentais. Assim, estaremos analisando a lei 13.019/2014, e buscando verificar o seu resultado prático na implementação deste novo modelo de administração da saúde, no Brasil.

Palavras-chave: Administração; constituição; direitos fundamentais; parceria e OSCIP.

1. INTRODUÇÃO

Diante da análise do contexto histórico o Estado, passou por várias formas e modelos até o que conhecemos hoje (LENZA, 2012). A princípio após a Revolução Francesa, surgiu o Estado Liberal, (LENZA, 2012) que tinha como foco principal a não intervenção do mesmo na atividade econômica, ou seja, buscava defender as liberdades individuais, sendo estas consideradas instrumentos assecuratórios de bem-estar geral (CANOTILHO, 1998).

Posteriormente, após a inserção de direitos sociais nas constituições, por influência da constituição de Weimar (FERREIRA FILHO, 2006), o Estado passou a dar prioridades aos direitos chamados de sociais e assim um novo modelo de Estado fez presente (FERREIRA FILHO, 2006) o Estado Social, que no pós guerra, foi fundamental para a reconstrução das cidades européias (BONTEMPO, 2005), difundiu em todo o globo a necessidade da presença estatal na regulamentação das atividades e principalmente no seu oferecimento e assim passa a desempenhar as mais diversas tarefas (BRANCO E COELHO, 2008).

Esse crescimento desordenado do Estado Social, se dá com o crescimento de direitos sociais e econômicos, com a adoção de várias atitudes, como:

- a) Algumas atribuições foram assumidas pelo Estado como serviços públicos, entrando na categoria de serviços públicos comerciais, industriais e sociais; para desempenhar esses serviços, o Estado passou a criar números de empresas estatais e fundações;
- b) Outras atividades, também de natureza econômica, o Estado deixou na iniciativa privada, mas passou a exercê-las a título de intervenção no domínio econômico, por meio de sociedades de economia mista, empresas públicas e outras empresas sob controle acionário do Estado;
- c) Finalmente, outras atividades, o Estado nem definiu como serviço público nem passou a exercer a título de intervenção no domínio econômico; ele as deixou na iniciativa privada e limitou-se a fomentá-las, por considerá-las de interesse para a coletividade. Desenvolveu-se, então, o fomento como uma atividade administrativa de incentivo à iniciativa privada de interesse público. O Estado fomenta a iniciativa privada de interesse público. O Estado fomenta a iniciativa privada por diferentes

meios, como, os honoríficos (prêmios, recompensas, títulos e menções honrosas), os jurídicos (outorga de privilégios próprios do poder público, que outras entidades não têm) e os econômicos (auxílios, subvenções, financiamentos, isenções fiscais, desapropriações por interesse social etc). (DI PIETRO, 2006, p.27/28)

Portanto, como observa-se a partir dos anos 1990 o Estado passa, a não ter mais condições de arcar com todas as atividades por ele estabelecidas, e assim o mesmo busca junto a sociedade e as entidades civis uma nova postura de Estado Gerenciador, ou seja, um Estado com uma autonomia maior de poder de regulamentação.

Isso é possível, pois há a criação de várias entidades de fiscalização como Agência Nacional de Saúde, (ANVISA), Agência Reguladora de Telecomunicações (ANATEL), entre tantas outras.(CARVALHO FILHO, 2015, p. 429)

A privatização, a desestatização e a criação de leis para incentivar a participação das sociedades organizadas em matéria de saúde começam a se desenvolver, haja visto que o Estado não tem mais capacidade de fazer a administração de tantas áreas. (ALEXANDRINO & PAULO, 2011.p 727).

Segundo DI PIETRO(2006, p27/28):

Com todas essas alterações, objetiva-se a “reforma do Estado”, com vistas a fazer reverter os males instaurados pelo Estado intervencionista: de um lado, visto do lado do cidadão, quer-se restaurar e prestigiar a liberdade individual e a livre concorrência; isso leva às ideias de privatização, fomento, parceria como o setor privado; visto do lado do Estado, quer-se alcançar a eficiência na prestação dos serviços públicos, o que leva à ideia de desburocratização. Na realidade, poder-se-ia falar apenas em “privatização” em sentido amplo, na qual se inserem todos esses objetivos” (DI PIETRO, 2006, p.27/28)

Desta forma, segue a autora dizendo que:

Com isso, a parceria serve ao objetivo de diminuição do tamanho do aparelhamento do Estado, na medida em que delega ao setor privado algumas atividades que hoje são desempenhadas pela Administração, com a conseqüente extinção ou diminuição de órgãos públicos e entidades da administração indireta, e diminuição do quadro de servidores; serve também ao objetivo de fomento à iniciativa privada, quando seja deficiente, de modo a ajudá-la no desempenho de atividades de interesse público; e serve ao objetivo de eficiência, porque introduz, ao lado da forma tradicional de atuação da Administração Pública burocrática, outros procedimentos que, pelo menos teoricamente (segundo os idealizadores da Reforma), seriam mais adequados a esse fim de eficiência.(DI PIETRO, 2014, p. 488).

Tratando-se da saúde pública, não podemos deixar de vislumbrar que a mesma, tem uma trajetória de lutas para ser inserido como um direito social, dentro das constituições brasileiras. Isto porque, dentro das oito Cartas Magnas que tivemos, 1824, 1891, 1934, 1937, 1946, 1967, 1969 e atualmente a de 1988, somente nesta última a saúde foi elevada ao nível constitucional sendo um direito fundamental garantido no art. 6º, e posteriormente no art. 196.

Na primeira Constituição de 1824, o direito a saúde não tomou acento e não foi contemplado de forma alguma, uma vez que a concentração dos poderes estava primordialmente ligada as mãos do Imperador. (RIBEIRO E JULIO, 2018).

Posteriormente, a Constituição de 1891, apenas trouxe um rol de direitos e garantias, mas não expressamente nada que fosse ligado a matéria de saúde, a não ser direitos gerais como os direitos a propriedade, a liberdade.

Ato contínuo, o Estado Novo de Getúlio Vargas inovou no quesito direito à saúde, isto porque, a Constituição de 1934, com base na Carta del Lavoro de Mussolini, o direito a saúde passou a ser matéria concorrente ente a União e os Estados como previa o art. 10, II, Compete concorrentemente à União e aos Estados, inciso II - cuidar da saúde e assistências públicas (FARIAS, NOBREGA. 2018).

Na Magna Carta de 1937, pouco se mudou, isto porque o art. 16, XXVII, dizia que era competência privativa da União o poder de legislar sobre as seguintes matérias, normas fundamentais da defesa e proteção a saúde, especialmente da saúde das crianças (STRECK, 2008).

Por sua vez, a Norma Constitucional de 1946, deu competência para a União legislar sobre normas gerais de proteção da saúde, conforme o art. 5º, XV, 'b'.(VENTURA, MIRIAN, 2010)

Em outras Constituições, pouco ou quase nada se teve em matéria de saúde, isto porque na de 1967, não houve nenhuma inovação ou previsão, apenas manteve-se o que estava previsto na de 1946, no Texto Magno de 1967, não houve previsão no que se refere a saúde.(VENTURA, MIRIAN, 2010).

Mas na constituição e 1988, a saúde foi introduzida como um direito fundamental e social, conforme estabelece o art. 6º, que diz que a saúde é um direito social e fundamental, e também o 196, que nos diz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e assim, segundo o entendimento doutrinário:

O direito à saúde é reconhecido, em leis nacionais e internacionais, como um direito fundamental que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas públicas que permitam o acesso de todos os meios adequados para o bem-estar. O direito à saúde implica também prestações positivas incluindo disponibilização de insumos de assistência à saúde, tendo, portanto, a natureza de um direito social, que comporta uma dimensão individual e outra coletiva a sua realização (VENTURA, SIMAS E SHARAM, 2011. p.08).

Nesse sentido temos que, o legislador constitucional, no art. 198, que:

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.

Para dar cumprimento aos preceitos constitucionais e que foi editada a lei 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde, sendo que conforme dispõe o seu art. 5º, este tem como objetivos, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O art. 6º, dispõe a lei 8080/90, que estão incluídas no campo de atuação do SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados

Sendo a saúde premissa básica do exercício da cidadania é que a lei 8.080/90, estabelece ainda, em seu art. 7º, que, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras.

Assim, ao dispor sobre a organização do sistema de regionalização da saúde, a própria lei 8080/90, deixa no capítulo III, art. 8º a 14-B, uma proposta de que as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Neste sentido ainda dispõe a Lei 8.80/90, que o Art. 23, que é permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; de pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada.

Segue dizendo ainda que, além das ações e pesquisas de planejamento familiar, sendo que os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e também os demais previstos em legislação específica

Há de ser observado ainda que, segundo o art. 24, da Lei 8.080/90, quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, conforme nos diz o parágrafo único do art. 24 da lei 8.080/90 e que a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Ressalta-se que na hipótese do acima supracitado artigo 24, da lei 8.080/90, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

Uma vez que, na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá

fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

Sendo que os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

E partir desse pensamento que no ano de 2014 foi editada a Lei nº 13.019 de 31 de julho, que estabelece um novo marco na gestão de saúde no nosso país uma vez que a mesma passa a regulamentar o trabalho desenvolvido pelas entidades privadas sem fins lucrativos, e também das sociedades cooperativas previstas na Lei 9.967/99, e as organizações religiosas que se dediquem a esse fim de cunho social.

Portanto, após esse arcabouço inicial, o objetivo desta pesquisa é explorar a regularização das atividades de gestão prestadas pelas chamadas ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO, as denominadas OSCIP's, com foco na busca de verificar os seus métodos de trabalho, as formas de contratação, de gestão dos recursos humanos a compra de insumos e a comparação de resultado entre a administração das mesmas e da administração do setor público.

2. METODOLOGIA

A Metodologia utilizada no trabalho, é de natureza descritiva explicativa, sendo feita uma revisão bibliográfica da doutrina nacional referente aos direitos fundamentais da pessoa humana, com foco na constitucionalização do direito a saúde.

Para tanto foi delimitado a linha de pesquisa nas palavras chaves: direitos humanos, saúde, direitos fundamentais, reforma administrativa, SUS e terceiro setor.

Delimitamos que as obras estudadas seriam de um período compreendido nos últimos 15 (quinze anos), tendo em vista que ao se tratar de nossa constituição a mesma é muito recente. Desta forma, foi buscada uma grande quantidade de livros sobre o tema na biblioteca do Senado Federal, onde foi produzida grande parte do trabalho.

Além de livros, periódicos, revistas, projetos de lei, foi feita uma pesquisa junto aos sites, SCIELO, CONTEÚDO JURÍDICO, com os temas acima apresentados, separando os principais artigos dos últimos 5(cinco anos).

O período de levantamento de dados e de fichamento das informações foi do mês de agosto de 2018 a março de 2019.

Para o presente estudo foi analisado em seus vários aspectos a gestão do Sistema Único de Saúde, nos seguintes pontos: forma de contratação de pessoal, compras e aquisições de insumos, a interferência político administrativa nas execuções de projetos e a comparação com o sistema privado.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 A REFORMA DO ESTADO E O SURGIMENTO DO TERCEIRO SETOR.

A partir do fim do século XX, o modelo de Estado do Bem Estar Social, entra em colapso, isso porque, são apontados quatro fatores para o desfalecimento deste modelo adotado após a constituição de Weimar(FERREIRA FILHO, 2006).

O abalo no contexto econômico mundial, a crise fiscal dos Estados, a ingerência e ingovernabilidade aliadas ao fenômeno globalização, fazem cair por terra o antigo modelo intervencionista do Estado (ABRUCIO,2006).

Assim temos que, diante dos vários efeitos negativos da crise fiscal e de arrecadação e gerenciamento de recursos nos governos, “a atuação do Estado, falido e que levou o governo do Brasil e de outros países a buscarem uma solução para a crise dos anos 1980, e a obterem recursos para realização de ajustes na estrutura do nova ordem mundial”.(BRESSER E PEREIRA, 2007, p21).

Diante do gigantismo do Estado, a década de 80 ficou conhecida como “década perdida”, uma vez que, segundo (CASTRO e FERNANDES, 2009), nos trazem a baila a inflação desenfreada, e o grande desequilíbrio das contas externas, faz com que o novo governo agora democrático busque o enxugamento da máquina pública.

Identificados a hiperinflação, o sucateamento dos sistemas de infraestrutura primários, como telecomunicações, rodoviários e portuário, o governo insere na pauta administrativa o modelo neoliberal, com as privatizações, processos de descentralização e transferência de atuação do poder público para o privado, dando início a era moderna advinda pelo fenômeno da economia em globalização (FERNANDES, 2009).

E nesse ambiente, de estagnação econômica, caos de gerenciamento, hiperinflação e desregulação, que a reforma do Estado, teve como buscar a eficiência da administração pública para compatibilizar com o terceiro setor o papel de protagonista da aplicabilidade das políticas do Estado. (FERREIRA, 2011)

O surgimento do terceiro setor, se dá nas palavras de MANICA, 2006, com a inserção de origem inglesa do Third Sector, ou seja, uma área em separado da atuação do Estado, onde as entidades buscam atuar de forma sem fins lucrativos na colaboração com gestão do serviço público.

Assim sendo, o conceito de terceiro setor pode ser tido como: “o conjunto de pessoas jurídicas de direito privado, institucionalizadas e constituídas conforme a lei civil, sem fins lucrativos que perseguem finalidades de interesse público. ”(DIAS, 2008)

No Brasil, a partir da metade da década de 60, durante o Regime Militar, surgem as Casas de Misericórdia, que estão associadas a filantropia sendo o embrião na seara da saúde deste modelo de gestão de hospitais (DOS SANTOS).

Assim, podemos ter como um marco legal para o terceiro setor a Constituição de 1988, que em seu art. 5º, incisos X, XI, XVII, XVIII, XX, XXI, trazem a estruturação jurídica deste setor.

No que se refere a área da saúde pública, podemos demonstrar que os artigos 23 a 26 da Lei, nº 8.80/90, constituem o embrião da parceria a ser estabelecida pelo Estado e as organizações civis que resultaram na edição da Lei nº 13.109/2014.

3.2 A NOVO MODELO DE GESTÃO INTRODUIDO PELA LEI. 13.019/2014.

Foi observado que, com a falência administrativa do Estado, a globalização, as novas formas de abordagem da realidade social, fez nascer um setor organizado voltado para searas públicas denominado de terceiro setor.

Com fundamento na conhecida lei do SUS, lei nº 8.080/90, e a precariedade do serviço prestado, no ano de 2014, foi sancionada a Lei 13.019, sendo essa lei o novo marco legal da atividade das sociedades civis na gestão hospitalar.

Isso porque segundo ao art. 1º da lei 13.019/2014, a mesma institui normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação.

Desta forma, no art. 2º da lei 13.014/2014, considera como organização da sociedade civil 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.

Também são abrangidas 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.

E 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.

Segundo CARVALHO FILHO 2017, em comentário a lei, diz que a atuação se dará em parceria sendo está o conjunto de direitos, responsabilidades e obrigações decorrentes de relação jurídica estabelecida formalmente entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividade ou de projeto expressos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação;

Assim temos que a definição dessa atividade, é:

conjunto de operações que se realizam de modo contínuo ou permanente, das quais resulta um produto ou serviço necessário à satisfação de interesses compartilhados pela administração pública e pela organização da sociedade civil, e que o projeto e um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto destinado à satisfação de interesses compartilhados pela administração pública e pela organização da sociedade civil. Assim seu dirigente, deverá pessoa que detenha poderes de administração, gestão ou controle da organização da sociedade civil, habilitada a assinar termo de colaboração, termo de fomento ou acordo de cooperação com a administração pública para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros. (CARVALHO FILHO, 2017, p.5)

E o seu administrador público, é aquele agente público revestido de competência para assinar termo de colaboração(CARVALHO, 2018), termo de fomento ou acordo de cooperação com organização da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, ainda que delegue essa competência a terceiros(SANTOS, 2018).

A atuação dessas entidades se dará de três formas distintas a saber. Primeiro pelo termo de colaboração: instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pela administração pública que envolvam a transferência de recursos financeiros, conforme dispõe o inciso VII do art. 2º da Lei 13.019 com redação dada pela Lei nº 13.204, de 2015

A segunda forma é o termo de fomento, que é o instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco propostas pelas organizações da sociedade civil, que envolvam a transferência de recursos financeiros e o que nos diz o art. 2º, VIII, da lei 13.019, com redação dada pela Lei nº 13.204/2015.

Há ainda o inciso VIII-A que nos diz que também poderá haver o acordo de cooperação, que consiste no instrumento por meio do qual são formalizadas as parcerias estabelecidas pela administração pública com organizações da sociedade civil para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco que não envolvam a transferência de recursos financeiros.

Assim vemos que, o Estado tem por objetivo a qualificação da mão de obra, a especialização da gestão que deverá ser feita da mesma forma que se tem na iniciativa privada,

objetivando a redução de custos, e dando maior agilidade no que concerne a aquisição e produtos e insumos. (DI PIETRO, 2015).

Segundo MARINELA, 2014, a nova modalidade regulamentada pela lei 13.019/2014, tem como objetivo a melhora da prestação de serviços de saúde ao usuário, uma vez que a qualificação da administração será peça fundamental para o estabelecimento da parceria.

Isso porque na celebração das parcerias levar-se-á em conta obrigatoriamente, a capacidade operacional da administração pública para celebrar a parceria, cumprir as obrigações dela decorrentes e assumir as respectivas responsabilidades, art. 8º, I, da Lei 13.019/2014.

Desta forma, observa-se que a busca pela qualificação de profissionais com grande conhecimento e capacidade técnica e quesito fundamental para a contratação. (CARVALHO FILHO. 2016).

O que se espera com essa nova lei e que sejam prestados de serviços de maior qualidade e com maior economicidade e agilidade, pois, no modelo não há a chamada indicação política, que tanto entrave causou a saúde pública no Brasil. Assim atende ao princípio da eficiência previsto na CF/88.(ALEXANDRINO E VICENTE, 2015)

Isso decorre do próprio texto legal que no art. 6º da lei 13.019/14 define com diretrizes fundamentais do regime a adoção de práticas de gestão administrativa necessárias e suficientes para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens indevidos, a promoção, o fortalecimento institucional, a capacitação e o incentivo à organização da sociedade civil para a cooperação com o poder público, a priorização do controle de resultados;

Além de se ter o incentivo ao uso de recursos atualizados de tecnologias de informação e comunicação, o fortalecimento das ações de cooperação institucional entre os entes federados nas relações com as organizações da sociedade civil(FERREIRA,2011), o estabelecimento de mecanismos que ampliem a gestão de informação, transparência e publicidade(JORGE NETO, 2008)

Desta forma, a ação integrada, complementar e descentralizada, de recursos e ações, entre os entes da Federação, evitando sobreposição de iniciativas e fragmentação de recursos(MACHADO, 2007), sendo que a sensibilização, a capacitação, o aprofundamento e o aperfeiçoamento do trabalho de gestores públicos, na implementação de atividades e projetos de interesse público e relevância social com organizações da sociedade civil(MEIRELLES, 2008)

Deverá haver a adoção de práticas de gestão administrativa necessárias e suficientes para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens indevidos, a promoção de soluções derivadas da aplicação de conhecimentos, da ciência e tecnologia e da inovação para atender necessidades e demandas de maior qualidade de vida da população em situação de desigualdade social, conforme dispõe a lei 13.019/14.

Assim temos que em muitos estados da federação esse modelo vem sendo adotado como e o caso do Instituto Hospital de Base e o Hospital da Criança em Brasília, que são geridos por termos da nova lei das OSCIP's.

A grande diferença entre a gestão pública e a das entidades civis, está na capacidade de auto organização, uma vez que conforme a tabela abaixo há uma grande diferenciação na gestão.

4- COMPARÇÃO ENTRE OS MODELOS DO SUS E DAS OSCIP'S

A partir da tabela 1, é possível verificar as principais diferenças entre a gestão do SUS e das OSCIP'S.

SITEMA ÚNICO DE SAUDE	OSCIP'S
Gestão Única do Sistema de Saúde em cada esfera de Governo (Gestão do Sistema e da Rede de Ações e Serviços)	Autonomia Administrativa e Financeira de cada OSCIP.
Descentralização da Gestão entre as três esferas de Governo.	Descentralização das Ações e Serviços de Saúde para a Iniciativa Privada e não para os Municípios
Hierarquização dos Serviços, conforme a complexidade da atenção à saúde, sob comando único	Autonomia Gerencial dos Serviços de Cada OSCIP.
Financiamento Solidário entre as três esferas de Governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.	Financiamento definido no orçamento público, para cada OSCIP, conforme a influência política de seus dirigentes, com "contrapartida da entidade" por meio da venda de serviços e doações da comunidade e com reserva de vagas para o setor privado, lucrativo.
Regionalização	Inexistente, porque a entidade possui autonomia para aceitar ou não a oferta regional de serviços, já que seu orçamento é estabelecido por uma das esferas de Governo.
Universalidade e Integralidade da Atenção à Saúde	Focalização do Estado no atendimento das demandas sociais básicas, conforme o interesse da OSCIP.
Participação da Comunidade, com a política de saúde definida em Conferências de Saúde	Inexistente.
Controle Social, com Conselhos de Saúde que acompanham e fiscalizam a implementação da política de saúde e a utilização de seus recursos.	Inexistente. Somente a celebração do Termo de Parceria é precedida de consulta (?) aos Conselhos de Políticas Públicas existentes, das áreas correspondentes de atuação.

FONTE: REZENDE 2008. Adaptado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, que a evolução do Estado, veio a trazer a sociedade a tomar um papel decisivo na sua administração.

Desta forma, é notório que a iniciativa da sociedade civil organizada esta em grande destaque dentro do setor público, uma vez que a mesma tem papel fundamental dentro do novo modelo gerencial do Estado Moderno.

Ressalta-se que a participação das chamadas OSCIP'S, é fundamental para implementação de um novo modelo de gestão hospitalar mais eficiente, moderno e com retorno de satisfação ao usuário do SUS.

Isso porque, neste modelo a liberdade gerencial, a não estabilidade dos funcionários, a busca por profissionais de alto nível, e a gestão da própria logística de recursos humanos e de insumos, traz uma enorme capacidade de melhoria e de economia dentro do sistema administrado pelo Estado.

Como pode-se observar, o modelo de gestão aplicado ao SUS, com indicações políticas, interferência de secretários e de pessoas desqualificadas fizeram, com que a saúde pública torna-se um caos, com a falta de infra estrutura, pessoal, medicamentos e a corrupção que virou uma praxe entre as empresas fornecedoras e os representantes do Estado.

Basta ver que, em todos os governos a pasta da saúde pública é disputada por partidos a ferro e fogo, pois trata-se de um orçamento gigantesco, e que é muito mal gerenciado.

nova lei 13.019, traz mecanismos que tendem a diminuir a farra do gasto irregular do dinheiro público, uma vez que um dos pontos principais é a transparência, a não estabilidade do servidor e a gestão privada, com os resultados voltados para aplicação dentro da instituição.

Podemos ainda destacar, que mecanismos de controle externo exercido pelo Ministério Público, Tribunais de Contas e a responsabilização direta dos dirigentes fazem com esse novo modelo tenha tudo para dar certo, uma vez que os governos Estaduais estão buscando fazer da saúde um cartaz de suas atuações.

Verifica-se uma grande satisfação da população em estabelecimentos gerenciados por esse modelo, uma vez que a praticidade e tendências modernas de resultados são aplicados como na iniciativa privada, mas com todo o lucro revertido para a própria instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A reforma Administrativa do Estado e o Terceiro Setor. Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,a-reforma-administrativa-do-estado-e-o-terceiro-setor,51228.html#_ftn1. Acesso em 31 Ago 2018

A saúde pública no Brasil. CARVALHO, Gilson. Médico Pediatra, especialista em saúde pública e administração hospitalar. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002 Acesso em: 02 Out. 2018.

A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementariedade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. Autor: SANTOS, Lenir. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002 Acesso em 15 Nov. 2018.

As organizações não governamentais de atenção a criança e ao adolescente em Natal, tese de mestrado de autoria de CARVALHO, Larissa Cristina F. de Medeiros. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17875/1/LanissaCFMC.pdf> Acesso em 18 Set. 2018.

AGRA, Walber de M. **Manual de Direito Constitucional**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

ALEXANDRINO, Marcelo. VICENTE, Paulo. **Direito Administrativo**. São Paulo, Editora GEN. 2011.

BITTAR, Eduardo C. B. **O direito na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 8. ed, Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. **A era dos direitos**. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 15. ed. Malheiros: São Paulo, 2004.

BONTEMPO, Alessandra G. **Direitos Sociais: eficácia e acionabilidade à luz da Constituição de 1988**. Curitiba: Juruá, 2005.

BRANCO, Paulo G. G.; COELHO, Inocêncio M.; MENDES, Gilmar F. **Curso de Direito Constitucional**. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Lei 8080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**

BRUNO, Reinaldo M. **Lei de Responsabilidade Fiscal e Orçamento Público Municipal**. 2. ed. Curitiba: Juruá. 2007.

BULOS, Uadi L. **Constituição Federal Anotada**. 5. ed., Editora Saraiva, 2003.

_____. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. Rev. E atual. São Paulo: Saraiva, 2011.

CANOTILHO, José J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 2. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

CASTRO, José N. de; LINO, Graziela de C.; VIEIRA, Karina M. C. **Fornecimento gratuito de medicamentos pelo Município – Obrigatoriedade – Município em solidariedade com o Estado – Observância da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90**. Revista Brasileira de Direito Municipal: RBDM, Belo Horizonte. v. 9. n. 29. 2008.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**. 2016.

CARVALHO, Kildare G. **Direito Constitucional**. 10. ed. Editora Del Rey, 2004.

Constituição jurídica das organizações não governamentais. Disponível em: https://www.univates.br/media/graduacao/direito/CONSTITUICAO_JURIDICA_DAS_ORGANIZACOES.pdf Acesso: 25 Ago 2018.

CRETELLA JR., José. **Comentários à Constituição Brasileira de 1988**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994 -1997.

DALLARI, Dalmo de A. **Elementos da Teoria Geral do Estado**. 25.ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

DUMAZEDIER, Joffre. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva. 3.ed. 2001.

Diferenças entre organizações sociais (OS) e organização da Sociedade civil de interesse público (OSCIP) artigo de autoria de DOS SANTOS, Frederico Fernandes. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/47711/diferencas-entre-organizacoes-sociais-os-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip> Acesso em 02 Out. 2018.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. São Paulo: Atlas, 2014.

DORA, Denise; PANNUNZIO, Eduardo. **Em busca da ousadia: comentários sobre o anteprojeto de lei apresentado pelo grupo de trabalho “Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil”**. In: **Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil: Cenário atual e estratégia de avanço**. Análise CPJA, Direito FGV, 2013, p. 09-32. 159

FERNANDES, Flavia Moreira. **A aproximação entre estado e Terceiro Setor: O Projeto OSCIP Mineiro. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho**. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2009.

FERREIRA, André Luiz Veloso. Estado, **Terceiro Setor e Potenciais Democráticos: uma análise do modelo OSCIP mineiro. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho.** Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2011.

FERREIRA FILHO, Manoel G. **Direitos humanos fundamentais.** São Paulo: Saraiva, 2006.

FRANÇA, Rubens L. (Coord.). **Enciclopédia Saraiva do Direito. São Paulo:** Saraiva, 1977. (Edição Comemorativa do Sesquicentenário da Fundação dos Cursos Jurídicos no Brasil, 1827-1977, nº 12).

JORGE NETO, Nagibe de M. **O controle jurisdicional das políticas públicas: concretizando a democracia e os direitos fundamentais sociais.** Salvador: Jus Podivm, 2008.

KELBERT, Fabiana O. **Reserva do possível e a efetividade dos direitos sociais no direito brasileiro.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

LEAL, Rogério G. L. **O controle jurisdicional de políticas públicas no Brasil: possibilidades materiais.** in: SARLET, Ingo Wolfgang. Jurisdição e Direitos Fundamentais: Anuário 2004/2005. Escola Superior da Magistratura do Rio Grande do Sul – AJURIS. Porto Alegre, vol. I tomo I, 2006.

Lei 13.019/2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019compilado.htm Acesso em 31 Ago 2018.

LEIVAS, Paulo G. C. **Teoria dos direitos fundamentais sociais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquematizado.** 10. ed. São Paulo: Método, 2006. 68

_____. **Direito Constitucional Esquematizado.** 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

MACHADO, Janaína C. **A concretização do direito à saúde sob o viés do fornecimento de medicamentos não inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Especiais – RENAME.** 2007. Tribunal Regional Federal da 4ª Região, Rio Grande do Sul.

MARTINS, Leonardo R. **Operadores do Direito e Mudança Social.** In: Revista Themis, n. 1, Fortaleza: Esmec, 2000.

MEIRELLES, Hely L. **Direito Administrativo Brasileiro.** 34. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

MEZZAROBBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia S. **Manual de metodologia da pesquisa no Direito.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional. Tomo IV,** 3.ed. Coimbra: Coimbra Editores, 2000.

MONTESQUIEU, Charles de; SECONDAT, Baron de. **Do Espírito das Leis**, São Paulo, Difusão Européia do livro, 1962.

_____. **O espírito das leis**. Tradução de Cristina Murachco, 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Direito Constitucional**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Direitos Humanos Fundamentais: teoria geral, comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, doutrina e jurisprudência**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

_____. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. 23.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PINHO, Rodrigo C. R. **Da Organização do estado, dos poderes e histórico das constituições**. 11.ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal**. In: **BRAVO, M. I. S. et al (Orgs.). A política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e a agenda para a saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: Adufrj, 2008.

SAMPIERI, Roberto H.; COLLADO, Carlos F.; LUCIO, Pilar B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SARLET, Ingo W. **Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na consituição de 1988**. Revista Diálogo Jurídico. n. 70 10, 2002.

_____. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10. ed. rev. atual. eampl. 2. tir. Porto Alegre: Livraria do Advogado ed., 2010.

SARLET, Ingo W.; FIGUEIREDO, Mariana F. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: Acesso em: 15 fev. 2015.

SARLET, Ingo W.; MOLINARO, Carlos A. **Democracia – separação de poderes – eficácia e efetividade do direito à saúde no Judiciário brasileiro – Observatório do Direito à Saúde**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010/2011.

Sistema Único de Saúde e o terceiro Setor: Caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviço em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Autores: CANABRAVA, Claudia Marques; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; JANONES, Fúlvio Alves; ALVES, Thiago Andrade Alves; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Artigo da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, Minas Gerais. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csp/2007.v23n1/115-126/> Acesso em 02 Out. 2018.

Terceiro Setor: Considerações sobre a sua aplicação no ordenamento jurídico Brasileiro.
Disponível em: [https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo -
_terceiro_setor.pdf](https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_-_terceiro_setor.pdf) Acesso em 05 Set. 2018.