



## ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM ATORES DO TERCEIRO SETOR DA SAÚDE.

**Isis Padilha Macagnan**

[isismacagnan@hotmail.com](mailto:isismacagnan@hotmail.com)

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

**Juliane Meira Winckler**

[juwinckler@gmail.com](mailto:juwinckler@gmail.com)

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

### RESUMO

A administração pública no Brasil, com a instalação da Nova Gestão Pública (NGP), em 1995, entre outras características criou a possibilidade de delegação de serviços públicos a entes privados. Assim, serviços como saúde puderam passar a ser delegados para entes do terceiro setor, o setor público não-estatal. No setor da saúde, no entanto, todos os serviços delegados devem manter, além das outras exigências da lei, a observância das diretrizes e princípios Sistema Único de Saúde, como a participação e o controle social.

Nesse cenário, o trabalho tem o intuito de analisar a ocorrência da participação e controle social em atores do terceiro setor da saúde. Embasadas na premissa de que esses conceitos são um ato de redistribuição de poder, onde legitima os anseios da maioria. A metodologia adotada foi o método dedutivo, e o método de procedimento utilizado é a pesquisa bibliográfica, que adotou como fonte a legislação sobre a matéria e a doutrina a respeito do tema.

E entre outros apontamentos, o estudo concluiu, que quando se terceiriza serviços públicos de saúde, analisando os principais atores do terceiro setor envolvidos nessas delegações deste setor, as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, o controle social e a participação são extremamente limitados. No setor da saúde, ainda, essa delegação desvirtua princípios do Sistema Único de Saúde. E não passa de uma reprodução de um sistema neoliberal de concentração de poder e limitação das formas de expressão democráticas.

**Palavras-chave:** participação social, terceiro setor, SUS.

### INTRODUÇÃO

Uma das principais discussões da sociedade atualmente, diz respeito a democratização do Sistema Único de Saúde, aliado a Nova Administração Pública, com a delegação da Saúde a entes do terceiro setor, trazendo a tona a questão de participação e controle social como premissa desse sistema.

No processo histórico da administração pública brasileira, predominam três modelos de gestão: o modelo Patrimonialista, existente desde os tempos coloniais, possuindo como característica a confusão do interesse privado e o público; o modelo Burocrático, iniciado na Era Vargas, que possui como principais características a meritocracia, impessoalidade e o controle por processo (*a priori*); e o modelo Gerencial, iniciado durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, tendo a transparência, controle por resultado (*a posteriori*) e eficiência como premissas.

Nos primeiros dois modelos a participação e/ou controle social não eram previstos. Já no modelo Gerencial esses conceitos surgem, entretanto restritos ao conceito de transparência, onde não há a previsão de que a população participe da tomada de decisão, esta restringe-se ao controle das metas estipuladas pelos gestores.

Concomitante ao processo histórico dos modelos de administração pública, o Sistema de Saúde vai evoluindo. Em 1970 intensifica o debate sobre a necessidade de redemocratização das políticas públicas em saúde, contudo esse processo é interrompido em virtude da ditadura militar. Em 1988, com a Constituição da República Federativa do

Brasil, pós-ditadura militar, cria-se o Sistema Único de Saúde. Este irá garantir o acesso universal dos cidadãos, além de prever a participação e controle social na proposição de políticas públicas em saúde e tomada de decisão.

Nesse cenário, o trabalho tem o intuito de analisar a ocorrência da participação e controle social em atores do terceiro setor da saúde. Embasadas na premissa de que esses conceitos são um ato de redistribuição de poder, onde legitima os anseios da maioria. A metodologia adotada foi o método dedutivo, definida por Gil, Lakatos e Marconi, como:

O raciocínio dedutivo tem o objetivo de explicar o conteúdo das premissas. Por intermédio de uma cadeia de raciocínio em ordem descendente, de análise do geral para o particular, chega a uma conclusão. Usa o silogismo, construção lógica para, a partir de duas premissas, retirar uma terceira logicamente decorrente das duas primeiras, denominada de conclusão. (1999, 1993, apud SILVA; MENEZES, 2001)

O método de procedimento utilizado é a pesquisa bibliográfica, que adotou como fonte a legislação sobre a matéria e a doutrina a respeito do tema.

### **O Sistema Único de Saúde e seus princípios**

Anteriormente ao SUS, a saúde no Brasil estava vinculada ao sistema previdenciário. Sistema este, que funcionava de forma contributiva, além de ser caracterizado por um modelo curativo. Esse modelo gerava profunda acentuação das desigualdades, uma vez que, os cidadãos que não podiam contribuir, como por exemplo indigentes, estavam excluídos da assistência, e possuíam como alternativa acesso a serviços prestados por entidades filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CRFB), a saúde passa a ser um considerado em direito social, ou seja, que necessita de prestação positiva do Estado. Tendo garantido o comprometimento do Estado no artigo 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, 2009)

Já o artigo 198º irá normatizar sobre os diretrizes do SUS, que deve ser seguido por toda a rede que desenvolvam ações e serviços públicos em saúde, sendo essas diretrizes: a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A saúde deixou de ser baseada na medicina curativa e passar a ter suas ações calcadas na medicina preventiva. Para sustentar essa mudança a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento do SUS, está disposto em uma das Leis Orgânicas, a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Essa lei em seu artigo 1º definirá a abrangência da lei:

Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. (BRASIL, 2009)

Esta lei baliza-se nas diretrizes previstas no artigo 198º da CRFB, e formula os princípios do SUS, artigo 7º:

- 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. (BRASIL, 1990)

A participação da comunidade é premissa importante para o Sistema Único de Saúde, e por isso está presente tanto na Constituição Federal como diretriz, quanto na Lei nº 8080/90, como princípio. A Lei 8142, de 29 de dezembro de 1990, normatiza a participação da comunidade na gestão do SUS. Essa lei prevê mecanismos para efetivá-la: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, nos diversos níveis (Nacional, Estadual, Municipal, Distrital e Local). As Conferências têm a função de propor as diretrizes para a formulação de políticas de saúde, e os Conselhos possuem caráter deliberativo.

### **1. A Nova Gestão Pública e a instauração do Estado Contratual**

A partir de 1995 com o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), elaborado pelo Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser Pereira, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi dado o início da adequação para implementação do Modelo de Administração Pública Gerencial, ou a Nova Gestão Pública, no Brasil, que tem o intuito de, como afirma Geral Caiden, “tonar mais empresarial” (1991, apud CLAD, 1998) o governo.

Esse modelo foi teorizado após a “falência” do Estado de Bem-Estar Social, que tinha entre algumas de suas características mais marcantes o intervencionismo estatal nas atividades econômicas, a fim de regular o mercado e proporcionar mais ações coletivas, para o bem comum e social. O novo modelo Gerencial foi fundamentado a partir das marés de globalização e necessidade de crescimento mercadológico, analisado pelo resgate da teoria de Adam Smith, do liberalismo econômico, se dá o neoliberalismo.

Neste neoliberalismo, conceitos como o de auto-regulação do mercado, ou seja da Mão-invisível de Smith, são levados ao extremo. E o modelo Gerencial, assume características que primam pelo mercado privado e sua eficiência. A Nova Gestão Pública (NGP), assim, analisa pela lógica de que o privado é mais eficiente que o público, logo os serviços que puderem serão privatizados, como fornecimento de luz, telefonia, entre outros. Este passa a ser o chamado Estado Regulador, que para minimamente controlar e fiscalizar serviços privatizados, e mercados de serviços essenciais com a existência de entes privados, cria agências de regulação.

A eficiência da gestão pública passa a ser um dos pilares da NGP, para isso a delegação de serviços públicos essenciais, como saúde e educação, passou a ser permitida. Assim, convivendo com o conceito de Estado Regulador nasce o chamado Estado Contratual, que nada mais é do que o Estado da terceirização, que atua através da contratualização de

serviços públicos, que não foram privatizados, entre o setor público e o setor privado. O Estado Contratual passa a funcionar através da delegação de serviços públicos, e como garantia da eficiência destas “terceirizações” são estabelecidas metas e resultados a serem alcançados, verificados posteriormente através de indicadores de desempenho e prestação de contas.

No PDRAE, todas essas principais características da Nova Gestão Pública foram fielmente seguidas. E de um Estado predominantemente Fornecedor, o Brasil passa a ser mais um Estado Regulador e Contratual, conforme definições supracitadas.

A partir do Estado Contratual foi criada uma nova figura na administração pública o chamado setor público não-estatal, que seria o setor base da contratualização e da experiência “delegativa” deste Estado. Esses contratos celebrados entre o setor público e o setor privado necessitariam, contudo, observar alguns princípios da administração pública clássica, como legalidade, impessoalidade, moralidade administrativa, publicidade e eficiência, conforme caput do artigo 37º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB).

Sobre os contratos por resultados, no mesmo artigo 37º da CRFB, parágrafo oito dispõe:

**§ 8º** A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I - o prazo de duração do contrato;

II - os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III - a remuneração do pessoal. (BRASIL, 2009)

Nos contratos com o setor público não-estatal, o chamado terceiro setor, o caput deste artigo 37º também deve ser considerado, bem como o parágrafo oito. Ainda, na contratualização com este setor público não-estatal, como nos outros contratos administrativos públicos, quando há o repasse de recursos públicos, o Poder Público tem a obrigação de observar a prestação de contas nos formatos contábeis estabelecidos em lei.

## **2. Os entes do terceiro setor**

O personagem do chamado primeiro setor é o governo, que é responsável por pensar e implementar políticas públicas e ações de interesses sociais, através de suas entidades de propriedade pública, este seria o Estado Fornecedor. O segundo setor seria o mercado, com entidades privadas, que se mantêm através do lucro e são responsáveis pelas questões de interesse individual e de consumo, aqui atuam as agências de regulação e se dá o Estado Regulador.

O terceiro setor está qualificado como setor público não-estatal, ou seja, são entidades privadas de caráter público, que prestam serviços de interesse social que deveriam ser ofertados pelo governo. Essas entidades para se qualificarem como tal não devem ter fins lucrativos, e devem ser não-governamentais, neste setor funciona o Estado Contratual.

O chamado terceiro setor passou a surgir pela ineficiência do setor primário, que passava a não dar conta das demandas sociais, assim o setor privado começou a intervir de forma assistencialista e complementar nessas questões. Por muito tempo essas Organizações Não-Governamentais atuaram no Brasil sem uma regulação específica, e com a instauração do Estado Contratual e as possibilidades de delegação dos serviços públicos, leis foram criadas no intuito de formalizar o setor e regulamentar as qualificações de quais entidades poderiam assumir essas delegações.

As principais leis sobre contratos do setor público com o privado é a Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993, que institui normas para licitações e contratos de Administração Pública, e a

Lei nº 8.987 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previstos no artigo 175º da Constituição Federal, que segue:

Incumbe ao poder público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.

**Parágrafo único.** A lei disporá sobre:

I - o regime das empresas concessionárias e permissionárias de serviços públicos, o caráter especial de seu contrato e de sua prorrogação, bem como as condições de caducidade, fiscalização e rescisão da concessão ou permissão; (BRASIL,2009)

Essas duas leis citadas acima regulam os contratos do setor público com o privado, mas quando se trata de terceiro setor, para além dessas leis supracitadas existem as leis de qualificação dos atores do terceiro setor, com suas regras contratuais mais específicas.

Os atores do terceiro setor são: Fundações Privadas, ou de Apoio; Entidades Filantrópicas; Serviços Sociais Autônomos; Organizações Sociais (OSs); e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

No setor da saúde a possibilidade de delegação de serviços está pautada no artigo 199º da CRFB, onde diz que “A assistência a saúde é livre à iniciativa privada”, e no parágrafo primeiro, do mesmo artigo, dispõe:

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 2009)

Segundo a redação do artigo, a delegação de serviços em saúde é permitida, desde que de obedecendo os princípios do SUS, dentro os quais o artigo se propõe a trabalhar a participação social na terceirização, no entanto nos restringiremos as OSs e as OSCIPs.

### *2.1. Organizações Sociais – OSs*

As Organizações Sociais (OSs) passam a ser normatizadas pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Junto aos critérios para qualificação de entidades para OSs, a lei cria o Programa Nacional de Publicização. Uma vez que essas organizações surgem a partir da extinção de uma organização pública. As áreas de atuação estão definidas no artigo 1º da lei:

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)

Para obter a qualificação é necessário a comprovar o registro do seu ato (estatuto) e nele dever estar previsto, entre outras questões, o Conselho de Administração e a diretoria, como órgãos superior de deliberação e direção. A composição do Conselho de Administração de ser, segundo o artigo 3º, inciso I:

- a) 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;
- b) 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;
- c) até 10% (dez por cento), no caso de associação civil, de membros eleitos dentre os membros ou os associados;

d) 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

e) até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto. (BRASIL, 1998)

Além de necessitar da aprovação do por parte do Poder Público da área correspondente, sendo caracterizado como ato discricionário.

O ajuste contratual que legitima a parceria é o Contrato de Gestão. Este deve ser submetido, após ter sido aprovado pelo Conselho de Administração da entidade, ao Ministro do Estado ou a autoridade da área correspondente. Não havendo espaço para a participação da comunidade para deliberar sobre as cláusulas do contrato. Para a elaboração do Contrato de Gestão, entre outras questões, os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e economicidade devem ser observados.

No que se refere aos repasses, a administração pública pode fornecer as OSs: recursos orçamentários, bens públicos e servidores públicos, sempre com ônus ao concedente.

Quando identificado o descumprimento de alguma cláusula estipulada no Contrato de Gestão, o Poder Público pode desqualificar a Organização Social.

### *2.2. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs*

As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) passaram a ser qualificadas e regulamentadas a partir de 23 março de 1999, na Lei nº 9.790. Para que sejam qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, essas organizações precisam inicialmente ser sem fins lucrativos:

Para os efeitos desta Lei, considera-se sem fins lucrativos a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social. (BRASIL, 1999)

Associações civis e fundações privadas devem declarar em seus objetivos uma ou mais das seguintes finalidades:

I- a promoção da assistência social;

II- promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;

III- promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

IV- promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

V- promoção da segurança alimentar e nutricional;

VI- defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;

VII- promoção do voluntariado;

VIII- promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;

IX- experimentação, não lucrativa, de novos modelos sócio-produtivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;

X- promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e

assessoria jurídica gratuita de caráter suplementar;

XI- promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;

XII- estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo. (BRASIL, 1999)

Ainda, as organizações interessadas em se qualificar como tal, devem ter seus estatutos registrados em cartório e nele, entre outras normas, deve conter a observância expressa dos princípios estabelecidos no caput do artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade. (BRASIL, 2009)

Cumprindo os requisitos supracitados, essas organizações devem encaminhar um requerimento escrito ao Ministério da Justiça, órgão responsável pela qualificação de OSCIP, que de acordo com a Lei nº 9.790/99 decidirá o deferimento ou não do pedido. A qualificação se dá por ato vinculado.

Os Conselhos Administrativos nas OSCIPs são obrigatórios, no entanto, nada se diz sobre a sua composição na lei. Assim, mesmo com o repasse de recursos públicos, não há a obrigatoriedade de representantes do governo, Poder Público e dos Conselhos de Políticas Públicas da área de atuação dessa entidade, na composição do Conselho Administrativo.

O ajuste contratual para firmar vínculo de cooperação entre o Poder Público e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público se dá através de um Termo de Parceria. No entanto, a celebração deste é precedida de consulta aos Conselhos de Políticas Públicas, que na área de saúde são os Conselhos de Saúde nas suas instâncias estabelecidas. Este Termo de Parceria deve conter obrigatoriamente, entre outros fatores, o seu objeto de trabalho, a estipulação das metas e dos resultados, a previsão dos critérios de avaliação de desempenho mediante indicadores de resultados, conforme princípios do Modelo Gerencial.

A Lei das OSCIPs ainda estabelece que a execução do objeto do Termo de Parceria deverá ser acompanhada e fiscalizada pelo Poder Público e pelo Conselho de Políticas Públicas da área correspondente, assim formaliza-se mecanismos de controle social previstos na legislação brasileira.

Existem 5032 OSCIPs atualmente registradas no Ministério da Justiça, dessas 193 são classificadas como finalidade em saúde, e mais sete entidades se classificam em áreas afins da saúde, como finalidade em plano de saúde, nutrição e tratamento de toxicômanos. No Estado do Rio Grande do Sul há 234 OSCIPs sediadas, e dessas seis qualificam-se com a finalidade de saúde.

### **3. A participação social na delegação dos serviços de saúde**

A participação social na tomada de decisão das políticas públicas em saúde é incluída no SUS a partir de demandas da própria sociedade quando da iniciativa de debater sobre a redemocratização da saúde. Hoje, temos ela garantida e normatizada em leis, enquanto princípio e mecanismos para efetivá-la, independente da personalidade jurídica, território e ação e serviço prestados.

Para o setor privado sem fins lucrativos, não é diferente. A participação da comunidade deve ser observada, assim como prevê o artigo 198º da CRFB e na lei nº 8080/90 no artigo 7º. Contudo não é o que se observa ao estudar as OSs e OSCIPs, antes do terceiro setor, a quem o Poder Público delega a prestação do serviço de saúde.

No que tange as OSs a participação só está prevista nos Conselhos Administrativos, ainda sim como membros da sociedade civil definidas pelo estatuto, dentre os associados, o que pode levar a questionamento quanto à autonomia desses membros e a que interesses representam. Uma falha ainda percebida é a não previsão da comunidade durante o ato de qualificação. Não há espaço para a população para auxiliar na formulação ou até mesmo de manifestar sua opinião quanto às cláusulas do contrato de gestão.

Já no que se refere às OSCIPs a situação não é muito diferente. O Termo de Parceria, pelo menos em teoria, deve passar pelos Conselhos de Saúde, para que este aprove, altere ou negue alguma cláusula, inclusive alterando metas estipuladas. O que garante alguma participação. Contudo, os Conselhos Administrativos, que são obrigatórios estatutariamente, não estão regulados na Lei nº 9.790/99. E fica a mercê dos diretores da OSCIP estabelecer os critérios de funcionamento e composição do Conselho.

A forma mais evidente de participação social se dá quanto mera ferramenta de controle, a *posteriori*, da prestação de contas. Pois quando há recursos públicos envolvido deve-se observar ao artigo 70º da CRFB, que prevê:

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder. (BRASIL, 2009)

### **Considerações Finais**

A administração pública no Brasil, com a instalação da Nova Gestão Pública sofreu diversas alterações, como uma das principais características criou a possibilidade de delegação de serviços públicos a entes privados. E entre outras, conforme Majone “A contratualização de resultados vem sendo apontada como uma das características do Estado regulador, que vem substituindo o Estado positivo ou intervencionista” (1999, apud PACHECO, 2004). O Estado Regulador e o Estado Contratual foram substituindo conscientemente o Estado Fornecedor. Com a justificativa de que o mercado privado é mais eficiente que o serviço público.

Assim, serviços como saúde puderam passar a ser delegados para entes do terceiro setor, o setor público não-estatal. Este terceiro setor foi regularizado a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de Luiz Carlos Bresser.

No setor da saúde, no entanto, mantendo a observância de diretrizes e princípios do SUS, todos os serviços delegados devem manter, além das outras exigências da lei, as características do Sistema Único de Saúde. Entre essas características destacamos a participação e o controle social.

Nas leis que qualificam e regulamentam alguns dos atores deste terceiro setor, as Organizações Sociais e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, o controle social e a participação são extremamente limitados. Nas OS, a participação social está restrita a 20% dos componentes do Conselho Administrativo de cada uma dessas instituições. E nas OSCIPs, a participação social se dá através da consulta aos Conselhos de Saúde na etapa de celebração do Termo de Parceria.

Esses controles sociais descritos acima, ainda, são questionáveis, uma vez que nos Conselhos Administrativos das OSs, quem indica os representantes da sociedade civil são os próprios diretores destas Organizações. E nas OSCIPs, apesar dos Conselhos de Saúde serem deliberativos, na avaliação do contrato de Termo de Parceria pode-se somente observar e sugerir alterações, pois as partes contratadas é o Poder Público e a Organização.

Por utilizarem recursos públicos, a única forma de controle social que pode haver livremente é o controle dos gastos por essas instituições, que são repassados ao Tribunal de Contas, conforme a lei. Então, pode se ter um controle no quesito transparência do emprego de recursos e o controle de resultados, *a posteriori*.

Uma sugestão para a adequação desta terceirização sem ferir diretrizes da saúde brasileira, seria uma legislação específica para a delegação de serviços da área para atores do setor público não-governamental, levando em consideração as peculiaridades e exigências do SUS.

Ainda assim, no texto do PDRAE, Bresser afirma que:

A propriedade pública não-estatal torna mais fácil e direto o controle social, através da participação nos conselhos de administração dos diversos segmentos envolvidos, ao mesmo tempo que favorece a parceria entre sociedade e Estado. (BRASIL, 1995)

Essa afirmação do Luiz Carlos Bresser, então, é uma falácia, pois conforme os estudos realizados esta delegação limita ainda mais a possibilidade de participação e controle social. No setor da saúde, ainda, essa delegação desvirtua princípios do Sistema Único de Saúde. E não passa de uma reprodução de um sistema neoliberal de concentração de poder e limitação das formas de expressão democráticas.

### Referências Bibliográficas

BRASIL. **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

BRASIL. **Consulta entidades qualificadas como OSCIP**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/data/pages/mj59319a86ptbrnn.htm>>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=140796>>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

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**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=149048>>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

BRASIL. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade**

**Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.** Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=151647>>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.** Brasília, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8666cons.htm)>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Brasília: Presidência da República.** Câmara da Reforma do Estado. Brasília, 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/publi\\_04/COLECAO/PLANDI.HTM](http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDI.HTM)>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

CLAD. **Uma nova gestão pública para a América Latina.** Documento do Clad, 1998.

FILHO, E.C.; JÚNIOR, F.B.; OLIVEIRA, A.L.; REZENDE, C.A.P.; FACCENDA, M.C.B. **As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs como Instrumento de Gestão Pública na Área de Saúde.** Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc](http://conselho.saude.gov.br/docs/Parecer/perecer.doc)>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

LEITE, Marco A.S. **O terceiro setor e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs.** Assembléia Legislativa de Minas Gerais. Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/bancoconhecimento/tecnico/TerSet.pdf>>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

PACHECO, Regina S. **Brasil: avanços da contratualização de resultados no setor público.** XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Guatemala, 2006. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0055867.pdf>>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

PACHECO, Regina S. **Contratualização de resultados no setor público: a experiência brasileira e o debate internacional.** IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Espanha, 2004. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0049823.pdf>>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

PRATES, Carlos I. **OSCIP e o fornecimento de mão-de-obra terceirizada: questão polêmica.** Disponível em: <[http://www.escola.agu.gov.br/revista/Ano\\_VII\\_agosto\\_2007/oscip\\_carlos\\_inacio.pdf](http://www.escola.agu.gov.br/revista/Ano_VII_agosto_2007/oscip_carlos_inacio.pdf)>. Acesso em: 11 de junho de 2009.

SAMPAIO, Sergio B.A. **O olhar governamental sobre os Conselhos de Políticas Públicas: O caso do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo no período de 2001 a 2004.** Fundação Getúlio Varga/EAESP. São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://institutofonte.org.br/sites/default/files/Sampaio%20SBA\\_O%20olhar%20governamental%20sobre%20os%20conselhos%20de%20Políticas%20Publicas.pdf](http://institutofonte.org.br/sites/default/files/Sampaio%20SBA_O%20olhar%20governamental%20sobre%20os%20conselhos%20de%20Políticas%20Publicas.pdf)>. Acesso em: 10 de junho de 2009.

SILVA, Lúcia da S.; MENEZES, Estera M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação: 3ª edição revisada e atualizada.** Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Laboratório de Ensino a Distância. Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>>. Acesso em: 11 de junho de 2009.