

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA - UNISANTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM MESTRADO DE
DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

BRUNO CHANCHARULO DE BARROS

A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
PRESTADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - OS

SANTOS-SP

2022

BRUNO CHANCHARULO DE BARROS

**A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
PRESTADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - OS**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília – Unisanta como requisito exigido para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Orientador Prof^o. Dr^o. Renato Braz Mehanna Khamis.

SANTOS–SP

2022

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Santos 15/12/2022

658.048 BARROS, Bruno Chancharulo de.

B274p A Participação Democrática nos Serviços Públicos de Saúde Prestados pelas Organizações Sociais – OS / Bruno Chancharulo de Barros, - 2022, n. de f. 123.

Orientador: Prof. Dr. Renato Braz Mehana Khamis

Dissertação (Mestrado) Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos,SP, 2022.

1. SUS. 2. Saúde. 3. Terceiro Setor. 4. Publicização. 5. Privatização

Elaborada pelo SIBI – Sistema Integrado de Bibliotecas

SANTOS-SP

2022

**A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
PRESTADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - OS**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília – Unisanta, A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE PRESTADOS PELAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - OS como requisito exigido para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Orientador Prof. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o. Dr. Renato Braz Mehanna Khamis (orientador, Universidade Santa Cecília – Unisanta).

Prof^a. Dra. Amélia Cohn (convidada, Universidade Santa Cecília – Unisanta).

Prof^o. Dr. Gilberto Passos de Freitas (convidado, Universidade Católica de Santos - Unisantos).

Data da Defesa Final: Santos, 15/12/2022.

Resultado: _____

"De que vale a vida, se quando a temos ela parece morta. A vida é para ser, para sentirmos, para vibrar, para lutar, para combater. Isso justifica nossa passagem pela Terra".

Jaime Pardo Leal

RESUMO

Trata-se de trabalho original que busca examinar as possíveis contradições entre os interesses públicos e privados na participação democrática da sociedade civil sob a gestão do terceiro setor. A pesquisa é de cunho exploratório e descritivo, fundada em levantamento bibliográfico e documental, valendo-se da análise de legislação, doutrina e artigos científicos disponíveis em meio físico e digital. Importante frisar que, a Carta Magna consagrou o direito de participação da sociedade civil na tomada de decisões pelo Estado. Todavia, também concedeu a possibilidade da gestão dos serviços públicos de saúde, que até então era de responsabilidade direta do Estado, para as Organizações Não Governamentais (ONG) – Terceiro Setor. Sendo assim, o terceiro setor incumbiu-se de administrar diversos serviços públicos de saúde no Brasil, com o slogan de “desburocratizar” a gestão. No entanto, tem-se como hipótese, que é desrespeitado o princípio da participação democrática nos setores de interesses públicos, conforme foram insculpidos na Carta Magna, devendo-se manter sob a égide da administração direta do Estado.

Palavras-chave: SUS. Saúde. Terceiro Setor. Publicização. Privatização.

ABSTRACT

This is an original work that seeks to examine the possible contradictions between public and private interests in the democratic participation of civil society under the management of the third sector. The research is exploratory and descriptive, based on bibliographic and documentary research, using the analysis of legislation, doctrine and scientific articles available in physical and digital media. It is important to emphasize that the Magna Carta enshrined the right of civil society to participate in decision-making by the State, however, it also granted the possibility of managing public health services that, until then, was the direct responsibility of the State, for the Organizations Non-Governmental Organizations (NGOs) – Third Sector. Therefore, the third sector was responsible for administering several public health services in Brazil, with the slogan of "debureaucratizing" management, however, it is hypothesized that the principle of democratic participation in sectors of public interest is disrespected, as they were inscribed in the Magna Carta, therefore, must be kept under the aegis of the direct administration of the State.

Key-words: SUS; health; third sector; publicity; privatization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

C

CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil

CUT – Central Única dos Trabalhadores

D

DF – Distrito Federal

F

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

I

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IED – Investimento Estrangeiro Direto

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

M

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

O

ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

P

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PDRAE – Programa de Reforma do Aparelho do Estado

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PFL – Partido da Frente Liberal

PPB – Partido Progressista Brasileiro

PPPs – Parcerias Público-Privadas

PS – Pronto Socorro

PSDB – Partido da Social-Democracia Brasileira

PSF – Programa Saúde da Família

PSOL – Partido Socialismo e Liberdade

PT – Partido dos Trabalhadores

S

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SINDSAÚDE – Sindicato dos Trabalhadores Públicos na Saúde do Estado de São Paulo

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

T

TCM – Tribunal de Contas Municipal

TST – Tribunal Superior do Trabalho

U

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – Democracia e Saúde no Brasil	13
1.1.A Saúde como Direito Fundamental	13
1.2.A saúde como serviço público	23
1.3.O Sistema Único de Saúde – SUS em 1988	31
1.4.A Participação democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS	36
CAPÍTULO II – A captura do Estado pelo terceiro setor	45
2.1.O Espaço público e a esfera pública não estatal	45
2.2.O Programa de Reforma do Aparelho do Estado em 1995/1999	52
2.3.A Gestão de Programas Sociais e as Parcerias	60
2.4.As diferenças entre Delegação: Permissão, Concessão, Termo de Parceria (Oscip) e Contrato de Gestão (Os)	67
CAPÍTULO III – A abordagem das políticas públicas	78
3.1.Políticas Públicas: Origem, conceito e atores sociais	78
3.2. Classificação e espécies normativas das políticas públicas	83
3.3. Os desafios democráticos da implementação da política pública de saúde no âmbito municipal pelas Organizações Sociais.	87
3.3.1. O caso do Município de Mongaguá.	93
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES.....	108
ANEXOS.....	111

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo analisar as possíveis contradições entre os interesses públicos e privados na participação democrática da sociedade civil sob a gestão do terceiro setor em serviços públicos de saúde.

O estudo desenha-se a partir de uma pesquisa exploratória e descritiva, com base em levantamento bibliográfico e documental, valendo-se da análise de legislação, doutrina e artigos científicos disponíveis em meio físico e digital.

O tema ganhou evidência após inúmeros casos de escândalos envolvendo os serviços públicos de saúde sob a égide do terceiro setor. Após duas décadas da implementação do terceiro setor, é necessário a sociedade se debruçar sobre os resultados obtidos, sejam eles em ganhos ou perdas. Essas entidades, advindas da Reforma do Aparelho do Estado na década 90, que se consolidaram no início do século XXI, sobretudo em governos do campo progressista.

Trata-se de pesquisa relevante, à medida que a crise sanitária mundial da Covid-19 foi classificada como pandemia e o iminente colapso do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciou ainda mais as mazelas do sistema quanto ao acesso da população aos serviços básicos de saúde, sobretudo aos leitos de UTI, máquinas de intubação e insumos em geral.

Nota-se ainda, que os sindicatos dos trabalhadores da saúde do Estado de São Paulo manifestaram-se contrariamente aos projetos do terceiro setor e apontaram como resultado da terceirização, a precarização das estruturas administradas por essas entidades privadas, bem como a inobservância com a legislação trabalhista, resultando na instabilidade do quadro de trabalhadores e prejuízos na formação do aperfeiçoamento técnico que são demandas constantes nesse setor profissional.

Ressalta-se que foi instalada em 2008, a comissão parlamentar de inquérito (CPI) na ALESP, que enalteceu as contradições do discurso filosófico e político pelos agentes do Estado, visando justificar esse novo modelo de gestão, havendo, portanto, a dissonância entre a retórica e a prática dessas entidades privadas, bem como cada vez mais o distanciamento da população na tomada de decisões dos serviços de saúde.

Assim, a discussão que permeia esse tema é imprescindível para o amadurecimento da sociedade civil, no sentido de ponderar o quanto é eficaz, ou não, a gestão dos serviços públicos de saúde por essas organizações não governamentais e, dessa forma, apurar o resultado que reafirmará os rumos pela manutenção dessas entidades ou a necessidade de uma nova direção plenamente avocada ao Estado, visando sempre a primazia do interesse coletivo.

O primeiro capítulo trabalhará sobre a linha histórica temporal da saúde, a conquista do direito a saúde como direito fundamental e seus reflexos no ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, haverá a abordagem sobre a implementação da saúde como serviço público prestado pelo Estado. E por último, o apontamento das principais mudanças com a promulgação da Constituição de 1988, bem como a discussão da origem da democracia, sobretudo na sociedade grega até a contemporaneidade.

O segundo capítulo abordará o programa de Reforma do Aparelho do Estado, desde a abertura do capital do setor privado no Brasil, capitaneado pelo ex-ministro da economia, Bresser Pereira, frisando ainda o marco da privatização na década de 90, bem como a gestão dos programas sociais e parcerias no início do século XXI, sobretudo nos governos Lula-Dilma. Serão conceituadas também, as diferenças jurídicas de delegação, termos de parcerias e contrato de gestão.

O terceiro e último capítulo será pautado pela abordagem analítica das políticas públicas, ou seja: o conceito, os atores sociais, tipologia, ciclo das políticas públicas, bem como a classificação delas em espécies jurídicas. O terceiro capítulo tem a intenção de aprofundar os aspectos jurídicos-normativos das políticas públicas no ordenamento brasileiro, além dos desafios democráticos na implementação da saúde pública no âmbito municipal, bem como abordar o caso do município de Mongaguá como uma referência prática de um munícipe, na tentativa de obter informações da política de saúde local.

1. DEMOCRACIA E SAÚDE NO BRASIL

1.1 A Saúde como Direito Fundamental.

Trata-se de estabelecer a saúde no contexto constitucional, ou seja, o enquadramento como direitos fundamentais elencados na Carta Magna. Os direitos sociais, percorrida uma longa jornada da historicidade, elevaram o direito à saúde nesse status, pela primeira vez como direito fundamental

O tema saúde pública é de grande relevância na atual conjuntura brasileira. Há divergências que permeiam a discussão, como o interesse público e o privado. A manifestação desses interesses na sociedade atual, através das instituições, da vontade política e das organizações partidárias ou não, é imprescindível na criação de uma linha sociológica-histórica para proporcionar todos os aspectos conjuntamente e não apenas fragmentado no espaço-tempo, pois a saúde subdivide-se em várias áreas de estudo.

É fundamental a compreensão da dialética social (o materialismo histórico-dialético), para melhor interpretação do espaço-tempo em que estão inseridas, as características do Estado moderno, bem como observar se as divisões de classes são determinantes para a vontade política, tendo como ponto de partida os seres humanos que são agregadores de cultura, racionais e possuem a necessidade do trabalho para a manutenção de seus aspectos psicossociais, além de manterem a estrutura social vigente.

O prefácio do debate dos direitos fundamentais e seus reflexos no direito à saúde exigem respostas a um questionamento relevante: o que é direito à cidadania e o que é democracia?

O clássico conceito formulado pelo sociólogo marxista Thomas Humphrey Marshall, define os direitos de primeira, segunda e terceira dimensão (ultrapassada classificação como: geração) que surgiram após a revolução burguesa, que resultou no desmantelamento dos modelos de governos centralizados a uma pessoa ou família, dotados de poderes concedidos pela própria divindade superior: Deus. Ou seja, os Estados monárquicos da estrutura feudal deixaram de ser hegemônicos como sistema funcional mundo afora, sendo incendiados pela chama da liberdade, igualdade e fraternidade. (MARSHALL; 1987, p.66-69).

Nesse contexto da geopolítica, as pessoas viviam sob a opressão do Estado, a vontade do Estado fundia-se na vontade do soberano, inquestionável e onipresente nas relações interpessoais, econômicas e demais relações sociais. Fez-se necessário uma nova ideia de Estado, conquistando os corações e mentes da liberdade irrestrita, mais tarde denominada como correntes iluministas (alusão à luz), à sabedoria, a ciência em contrassenso da escuridão caracterizada pela opressão e controle máximo do Estado, sobretudo nas relações interpessoais, conforme menciona o autor, “O elemento civil, é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça”. (MARSHALL; 1987, p.63).

A perspectiva de vida era limitada à servidão (vinculado à terra) e, mesmo aqueles que possuíam maiores vantagens econômicas, como os burgueses, a classe em ascensão, tinham que conviver com o cerceamento da liberdade negocial com o aumento de tributos abusivos instituídos pelo soberano, ou seja, os comerciantes tinham restritas liberdades comerciais e eram frequentemente desrespeitados.

A liberdade conceituada pelo T.H. Marshall (1987; p.63) refere-se ao direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade com os outros e pelo devido encaminhamento processual, ou seja, o de todos possuírem o direito a serem cidadãos vinculados a um Estado e não somente aos integrantes da família do soberano ou aqueles que detinham títulos da nobreza.

A reivindicação dessa classe social em ascensão (burgueses), pautava-se sobre a integralização do elemento político, de acordo com T.H. Marshall (1987; p.63), “[...] se deve entender o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismos”. É a necessidade dessa classe social participar da tomada de decisões e impor limites ao Estado do soberano.

Como resultado, surgiram os direitos da primeira dimensão: Liberdade irrestrita, o direito do pensamento livre, da imprensa, dos direitos comerciais e competitividade privada. Importante ressaltar que essa mudança social não ocorreu de forma pacífica, por muitas vezes ocorreram revoluções, como na França e Estados Unidos da América ou através do aparelhamento do Estado pela burguesia, como a Inglaterra, que culminou na divisão do poder - em chefe de Estado, representado atualmente

pela rainha – família real, e de governo, pelo primeiro-ministro eleito através do parlamento inglês.

A liberdade defendida pela classe burguesa resultou na confecção de normas de teores universalistas, como Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão, aprovada pela Assembleia Nacional Francesa em 1789, que priorizava sobretudo a liberdade e o reconhecimento do homem como cidadão dotado de direitos e deveres.

A dimensão social (direitos sociais), na conceituação de T.H. Marshall (1987, p. 64);

“O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele ao sistema educacional e os serviços sociais”.

Considerando a definição, os direitos de segunda dimensão surgiram com a necessidade de sobrevivência da classe trabalhadora, uma vez que, com a ruptura do Estado feudal fundamentado numa estrutura manufatureira, houve o acentuamento das desigualdades das classes sociais ainda maior, ou seja, desenvolveram-se os primórdios da economia capitalista e a divisão da sociedade por classes sociais, como seus pilares estruturais: a burguesia e a classe trabalhadora.

A conquista da liberdade foi uma vitória da classe burguesa que após sua disputa pela hegemonia através da corrente iluminista, obteve maiores liberdades econômicas e políticas como resultado, mas por outro lado acentuou uma problemática social, como a ausência da tutela estatal para as classes menos favorecidas, ou seja, o Estado mínimo consolidou-se, existindo apenas o aparato administrativo e não promovendo, portanto, políticas de proteção social como existem hoje.

Neste mesmo sentido, menciona T.H. Marshall (1987; p.66),

“Quando os três elementos da cidadania se distanciaram uns dos outros logo passaram a parecer elementos estranhos entre si. O divórcio entre eles era tão completo que é possível, sem destorcer os fatos históricos atribuir o período de formação da vida de cada um a um século diferente- os direitos civis XVIII, os políticos ao XIX e os sociais XX. Estes períodos, é evidente, devem ser tratados com elasticidade razoável, e há algum entrelaçamento, especialmente entre os dois últimos”.

Dessa forma, os direitos sociais (direitos tímidos de proteção, antes da revolução burguesa) tinham como característica: a participação da população na comunidade da vila, na cidade e nas guildas, foi gradativamente dissolvida pela mudança econômica, gradativamente boicotada, restando apenas a Poor Law (Lei do Pobre).

A Poor Law¹ era insuficiente naquela altura da conjuntura social, durante o período do século XIX e XX, diante da mudança radical da economia e o efervescer da classe operária. O surgimento do novo modelo de produção, antes com a ultrapassada manufatura, foi substituída velozmente pela escalada industrial com um sistema fordista de produção, bem como a criação de grandes paços industriais e a migração dos trabalhadores dos campos para as grandes metrópoles urbanas. (MARSHALL; 1987, p.69).

Neste contexto, a mudança imprescindível também ocorreu, afirma (MARSHALL; 1987, p.72) “a mudança do trabalho servil para o livre foi descrita como um marco fundamental no desenvolvimento tanto da sociedade econômica quanto política”. A Poor Law tratava das reivindicações dos pobres, não como uma parte integrante dos direitos de cidadão, mas como uma alternativa a eles – como reivindicações que poderiam ser atendidas somente se deixassem inteiramente de ser cidadãos.

Notadamente, as conjecturas determinantes foram efervescendo no coração da classe trabalhadora, que vendia o próprio tempo de existência e a força de trabalho para a classe burguesa, que detinha os meios de produção e acumulavam capital. Percebia-se que era cada vez mais latente a necessidade de direitos sociais básicos, como educação, saúde e o direito ao trabalho digno, diante da longa jornada de trabalho vivenciada.

Sobre o antigo conceito de ser miserável, pontua T.H. Marshall (1987; p. 72): “O estigma associado à assistência aos pobres exprimia os sentimentos profundos de

¹ “A lei dos pobres constitui uma ação genuinamente britânica criada para lidar com a questão social. No princípio de sua criação tinha uma finalidade. Ao longo de sua existência foi preciso várias adaptações para atender a exigência da relação entre patrões e trabalhadores [...]”. A finalidade original da lei era a repressão à mendicância e a vagabundagem, bem como um alívio à pobreza existente. Dois sentimentos brotavam no seio da lei, sendo um de caridade cristã e o outro de um violento preconceito social”. (TEODORO; 2014, p. 11).

um povo que entendia que aqueles que aceitavam assistência deviam cruzar a estrada que separava a comunidade de cidadãos da companhia dos indigentes”.

No conjunto de normas de amparo ao pobre predominava a alusão do mesmo como indigente, descaracterizado e desprovido de direitos à cidadania, ou seja, na contramão do pensamento iluminista que todos são dotados de direitos (direito a ter direitos – Cidadania). Ante² o exposto, houve o antagonismo entre normas e princípios, diante da demanda pela consolidação de direitos básicos, que garantisse a intervenção do Estado de maneira positiva para a manutenção da vida, como a saúde, educação e assistência aos desfavorecidos - a classe trabalhadora expropriada dos próprios direitos.

O direito de terceira dimensão remete-nos ao idealismo de fraternidade (lastreada pela revolução burguesa no século XVIII e XIX), baseando-se ao direito coletivo, a demanda pela garantia de proteção estatal que transcende o indivíduo, mas sim, vinculada a todos da coletividade, conforme pontua T. H. Marshall (1987, p.84):

“A cidadania exige um elo de natureza diferente, um sentimento direto de participação numa comunidade baseado numa lealdade a uma civilização que é o patrimônio comum. Compreende a lealdade de homens livres, imbuídos de direitos e protegidos por lei”.

Dessa forma, os direitos coletivos estão conectados à toda sociedade, ao interesse da manutenção da vida em comum, como por exemplo, ao meio ambiente sustentável para as próximas gerações, o respeito as demais espécies, bem como o direito à assistência e previdência, atribuído a todos que possuem uma característica em comum: pertencer a espécie humana. Nota-se que os direitos de primeira, segunda e terceira dimensão foram fomentados pelo idealismo de liberdade, igualdade e fraternidade, princípios esses, norteadores do iluminismo.

Ressalta-se que os direitos dimensionais não se limitaram até a terceira dimensão, existindo também a quarta e a quinta dimensão, vinculadas à democracia, globalização, patrimônio genético e por último, o direito à paz.

² O iluminismo emancipou a classe burguesa da tirania absolutista, à medida que a recém consolidada classe trabalhadora se viu desguarnecida por esses mesmos ideias de liberdade, igualdade e fraternidade, na qual demandou novas urgências de direitos e normas que os embasassem. Desse modo, o princípio da revolução burguesa, de forma imediatista, não atendeu a implementação de normas protecionistas à classe trabalhadora.

Importante frisar que para Marshall a cidadania política na sociedade industrial moderna ou contemporânea designa a participação do povo. Dos indivíduos que o compõem e exercem o poder político, sendo concretizado pela existência de um processo eleitoral autêntico, supervisionado por instituições judiciárias independentes, que garantam os resultados da vontade da maioria social, ou seja, podendo ser afirmado que não há cidadania sem democracia. (SAEZ; 2001, p. 380).

O conflito da Segunda Guerra Mundial no século XX, impôs um novo rol de direitos internacionais: A Declaração Universal dos Direitos Humanos. o pensamento acerca da preservação da vida frente aos horrores evidenciados por uma política higienista, instrumentalizada pela máquina estatal que culminou no holocausto, acentuado por diferenças filosóficas, políticas, de orientação sexual e étnico-raciais. O nazismo conduziu com perspicácia o aparato do Estado para o modelo de extermínio em escalada industrial.

Segundo o entendimento de Robert (1999, p. 01):

“Podem os direitos do homem, em verdade, ser conhecidos objetivamente ou o consenso de 10 de dezembro de 1948 foi somente uma concordância contingente, condicionada pelos horrores de ambas as guerras, de opiniões subjetivas, que iria significar que aquele consenso, com a mudança dessas opiniões, perderia todo o significado?”

O autor refere-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, sendo essa declaração apenas resposta à escalada autoritária e, as duas guerras globais vivenciadas pela humanidade que poderia se perder em um dado momento histórico, ou em verdade, podendo qualquer direito do homem ser justificado e fundamentado racionalmente.

A declaração supracitada, inaugurou direitos universais atribuídos para toda a espécie humana, visando a proteção do indivíduo perante o autoritarismo de Estado, preservando a autonomia, a liberdade do pensamento e o respeito às diferenças étnico-raciais, principalmente esta última, diante do genocídio orquestrado pelo nazismo. A declaração é a maior prova histórica para o “consensus omnium gentium” com respeito a um sistema de valores determinado, tendo força vinculativa aos Estados membros. (ALEXY; 1999, p.01).

Dessa forma, a Declaração Universal contém de 1 até 20 direitos vinculados à liberdade e igualdade, sendo o artigo 21 regulamentando sobre participação da

vontade política, bem como o artigo 22 assegurando a “segurança social” e “direitos econômicos, sociais e culturais”, bem como o artigo 23 regulamentando o direito ao trabalho “condições de trabalho apropriadas e satisfatórias”, assim como a proteção ao desemprego. (ALEXY; 1999, p.02).

O direito do homem é o direito positivo que respeita, protege e fomenta os demais direitos, porque é a partir dos direitos do homem, que culminaram no esforço da comunidade internacional em positivá-los nas cartas magnas dos Estados subscritores da supracitada declaração. (ALEXY; 1999, p.07)

Os Estados são imprescindíveis para institucionalizar e consolidar, como direitos fundamentais aos seus respectivos cidadãos, conforme pontua Alexy (1999, p. 08), “O Estado é, portanto, necessário não só como instância de concretização, mas também como instância de decisão para a realização dos direitos do homem. Acresce que a realização de numerosos direitos do homem não é possível sem organização”.

Destarte, Alexy demonstra que é imprescindível o Estado incorporar e, não apenas limitar-se a citá-los em suas redações constitucionais, mas também criar mecanismos dentro do próprio Estado para materializá-los, sobretudo na vida de seus cidadãos. Nota-se que, outro desafio é a forma que os Estados interpretam os direitos universais, ou seja, enfrentam o desafio da bifurcação dentre quais direitos serão normatizados em escala hierárquica suprema e quais não serão contemplados. Além disso, há o desafio como concretizar a norma como suprema, bem como qual matéria legislativa será importante ser tratada, além de manter a redação concisa visando lapidar o catálogo de direitos fundamentais. (ALEXY; 1999, p.09).

Observa-se que o Estado possui diferença, uns com os outros, pela origem de sua formação ou cultura de seu povo. No entanto, após incorporar a Declaração Universal de Direitos Humanos em seu respectivo ordenamento jurídico, eleva-o como direito pétreo aos seus cidadãos. Frisa-se um exemplo tangível, a seguir: o Estado brasileiro inseriu o direito à saúde como direito fundamental, ou seja, elencou na constituição federal como cláusula pétrea, por outro lado, a constituição alemã tratou a matéria de direito a saúde como norma infraconstitucional, não contemplado na carta magna alemã.

Neste contexto, menciona Alexy (1999, p. 09),

“[...] os direitos de liberdade e igualdade clássicos são regulados no artigo 5º da Constituição brasileira em 74 números e os direitos sociais no artigo 7º em 34 números, assim como em muitas outras prescrições do título oitavo sobre a ordem social [...]”, seguindo ainda “quando o artigo 5º, XXII garante a propriedade e então, imediatamente, é adicionado no Inciso XXIII que a propriedade deve servir à sua função social [...]”.

Dessa forma, demonstra-se que as diferenciações são permitidas, se para elas existem fundamentos razoáveis. A discussão acerca de qual é a melhor fórmula que prenomina em diversas sociedades. Como por exemplo: a paridade de homens e mulheres, qual seria a melhor forma de implementar efetividade desse direito pelo Estado e se isso exclui a discriminação inversa a favor das mulheres? Há outros temas análogos, como o reconhecimento do interesse privado e público concomitantemente sobre um determinado setor social, mesmo sendo antagônicos, qual seria a melhor forma de ponderar o conflito? (ALEXY; 1999, p.10).

Portanto, um importante debate quanto aos direitos fundamentais: possuem fundamentos democráticos? Para Alexy (1999, p. 11), eles asseguram o desenvolvimento e existência de pessoas que, em geral, são capazes de manter o processo democrático na vida e porque elas, com a manutenção da garantia da liberdade de opinião, imprensa, reunião e associação, são a base da própria democracia. No entanto, Alexy pondera que as pessoas desconfiam do processo democrático, pois havendo contradição, como em uma disputa eleitoral, a parte que perde primeiro no processo democrático (eleições), pode ganhar diante do tribunal constitucional. (ALEXY; 1999, p.11).

Diante das adversidades apresentadas e ponderações, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é um marco para a civilização, onde são insculpidos princípios

universais para a manutenção da vida humana, da dignidade, da liberdade e do direito à paz, independentemente de posição política, orientação sexual e fenótipo étnico-racial. Os Estados podem incorporá-las e materializá-las aos seus cidadãos visando um mundo pacífico e harmônico para o bem-estar social.

Ressalta-se ainda, que a partir da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), no ano de 1978, se estabeleceu o primeiro projeto mundial de saúde. Neste sentido, a conferência resultou na confecção da Declaração de Alma-Ata, na qual insculpiu o rol de direitos sobre a participação efetiva dos Estados, na garantia do acesso à saúde aos seus cidadãos, através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico e mental, priorizando-os como direitos fundamentais dos seus habitantes, conforme pontua Costa e Souza (2010; p.510),

“Evidenciou-se também que a saúde é a mais importante meta social mundial e que, para a sua realização, faz-se necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos [...]”. [...] Paralelamente, o Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país, que se intensificaram na década de 1980, por meio de manifestações populares, pela eleição direta de um presidente civil, e, no campo da saúde, voltado para uma atenção abrangente, democrática e igualitária [...]”.

Neste sentido, os anseios da população intensificaram a exigência por democracia e maiores liberdades políticas no Brasil. O país experimentou décadas de um regime civil-militar, que não garantia o direito político e de forma contumaz cerceava a liberdade de imprensa e pensamento, bem como intensificava uma pesada vigilância aos seus cidadãos, com diversas arbitrariedades, como: a prisão para averiguação que, mais tarde se tornou em sessões de torturas e assassinatos aos opositores. Nessa época, não houve avanço aos direitos sociais, muito pelo contrário, ocorreu uma verdadeira estagnação econômica e crises em diversos setores econômicos.

Nos anos subsequentes, os brasileiros navegaram na turbulência de crises em diversos setores: inflação, alta do desemprego e do preço de consumo, como o aumento do contingente de miseráveis e intermináveis filas para assistência à saúde que, na época era vinculada à previdência. Nesse aspecto, somente quem possuía vínculo empregatício formal conseguia acessar o serviço básico de saúde. Nessa

conjuntura, emergiu em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contemplou uma intensa participação da sociedade civil. (COSTA, Souza; 2010, p.511).

Os resultados da 8ª Conferência Nacional de Saúde, culminaram em diretrizes que, mais tarde insculpiriam a carta magna brasileira, pois o relatório da conferência consolidou temas como: a necessidade de ampliação do conceito de saúde (para além da limitada abrangência da época), a separação do direito a “Saúde da Previdência”, bem como a direção da política de financiamento e subsídios. Nesse contexto, a Conferência se tornou um dos grandes marcos da saúde no Brasil, sendo considerado o início da reforma sanitária brasileira. (COSTA, Souza; 2010, p.511).

Destarte, a pressão da reforma sanitária, os movimentos sociais e de saúde conjuntamente, impulsionaram a atual Constituição Federal, que enfatizou o prefácio de um Sistema Único de Saúde e previu a estruturação das ações e serviços, ou seja, o Estado brasileiro reafirmou o compromisso com os direitos sociais dos seus cidadãos, conforme menciona Carvalho (2003, p. 26), “O sistema é denominado ‘único’ porque as diretrizes e princípios estabelecidos na Constituição devem ser seguidos de forma unívoca pelas três esferas do governo [...]; um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum [...]”.

Ressalta-se ainda, que a carta magna inaugurou diretrizes do Sistema Único de Saúde, na qual estabeleceu os princípios fundamentais, como a universalidade, equidade e integralidade, e quando se refere a organização também estabeleceu a regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e a participação do cidadão, uma verdadeira democratização da gestão. (CARVALHO; 2003, p. 26).

Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) prevê embasamento na Constituição Federal, que projeta as respectivas diretrizes do sistema, e deve ser norteador de forma unívoca, conforme as atribuições do Artigo 200 (CRFB, 1988), “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde”. Além disso, conforme pontua, “executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador”, seguindo ainda, “participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico”, tornando-se objetiva e minuciosa quanto às atribuições e as respectivas competências. (Constituição, 1988).

Importante frisar que a correlação entre o direito social e a saúde, amplamente prevista na constituição brasileira, uma vez que o artigo 6º (CRFB, 1988) estabelece que a saúde é um direito social (segunda dimensão), como também sendo assegurado e promovido pelo Estado, sendo de relevância histórica como reafirma o artigo 197 (CRFB, 1988). Nota-se que, o artigo 197 previu a fiscalização e controle, ou seja, torna as ações e serviços de saúde sob a égide da fiscalização pelos órgãos públicos. Como exemplo, o ministério público estadual e federal. (CARVALHO; 2003, p. 27).

Notadamente, a garantia da democracia é um marco na carta magna, uma vez que previu diversos mecanismos e direitos para mantê-los. No mais, em diversos segmentos da sociedade e não seria diferente com o direito a saúde.

A pressão dos movimentos progressistas pela hegemonia, na época do debate para a formulação da carta constitucional, fez com que houvesse a criação de novos instrumentos de participação social, por exemplo: o Conselho de Saúde. (CARVALHO; 2003, p. 28).

1.2. A saúde como serviço público.

A saúde no Brasil tornou-se de acesso universal após a Constituição de 1988, no entanto, a história demonstrou que o direito à saúde sempre foi um privilégio da elite e restrita as classes sociais subalternas na sociedade. O artigo 196 da CRFB, elevou a saúde para o acesso universal e igualitário, bem como suas ações e serviços, visando a promoção, proteção e recuperação. Neste sentido, resultou em equidade com o fundamento que a saúde é um direito universal. (COHN et al. 2010, p. 67).

A intervenção do Estado iniciou na esfera do seguro social para os assalariados, ou seja, os que possuíam vínculo trabalhista no setor privado, em 1919, com a criação do seguro de acidentes decorrente do trabalho, conforme discorre Cohn et al. (2010; p. 14); “[...] sendo da década de 20 a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). O decreto-Lei nº.4.682/23, cria a primeira CAP, dos ferroviários, tendo-se este modelo de seguro social rapidamente multiplicado nos anos

subsequentes”.

Importante frisar que, o início do século XX foi marcado pela conquista dos direitos de segunda dimensão (sociais) e, no Brasil, o acesso aos direitos sociais sempre foi vinculado ao trabalho, ou seja, se dispunha do trabalho formal, gozava do direito de acessar os serviços prestacionais mínimos, como a aposentadoria e o recebimento do seguro de acidente decorrente do trabalho³. O capitalismo concebeu a classe trabalhadora o direito de acessar os serviços públicos, sobretudo, os serviços previdenciários, na condição do cidadão ter a disposição de vender a própria força de trabalho ao mercado (uma via de mão dupla).

Ainda sobre a criação das CAPS, eram entidades públicas, com largas autonomias administrativas diante do Estado, constituídas compulsoriamente, ou seja, participavam dessa relação através de representação direta dos empregados e empregadores, bem como organizada pelas próprias empresas. Nota-se que, a finalidade da CAPS era de assistência, como compensações pecuniárias e de prestação de serviços (contribuição compulsória dos empregados 3,0% do salário, 1,0% da renda bruta das empresas e a União com 1,5% das tarifas dos serviços) Entende-se que o Estado financiava parcialmente, todavia, não participava da gestão. (COHN et al. 2010, p. 15).

A contradição desse sistema se evidenciou após décadas, sobretudo quando chegam à conclusão que garantir o direito à saúde é um trabalho complexo e multidisciplinar. Dessa forma, resultou em caminhos dicotômicos, com enfoque às ações curativas frente às ações preventivas. Assim, diante das necessárias campanhas de combate a varíola e febre amarela por exemplo, repercutiram discussões em toda a sociedade civil no quanto a saúde é, além de serviços sociais pontuais, a serem prestados por entidades privadas vinculadas aos trabalhadores assalariados e, sim, como ações organizadas para a proteção de toda coletividade frente as epidemias e endemias. (COHN et al. 2010, p. 15).

Observa-se que, o conceito de saúde naquela época (na primeira metade do

³ É importante contextualizar que o serviço público no Brasil, sobretudo, o serviço vinculado à previdência e saúde não eram universalizantes. Neste sentido, exigia do trabalhador uma contrapartida, devendo o mesmo possuir vínculo a uma categoria classista de trabalho, ou seja, um trabalho formal.

século XX), possuía a função assistencialista, portanto, não havia a concepção de um direito do cidadão e, muito menos como um dever do Estado. No entanto, é importante ressaltar que a grande parcela da população que não estava no mercado de trabalho formal, somente possuía o acesso à assistência médica através da filantropia e caridade. (COHN et al. 2010, p. 15).

No início da década de 30, foi instituída a formação dos IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões. Esse novo modelo de seguro social foi caracterizado pela institucionalização e pela fragmentação das classes assalariadas urbanas pelas atividades econômicas exercidas, como os bancários, comerciários, marítimos, industriários e outros. Os recursos eram arrecadados de modo tripartite, bem como a gestão foi atribuída para o Estado. Eram autarquias geridas pelo Estado (o Estado, avocou a gestão), e tem como outra mudança marcante, a contribuição patronal, que passou a ser calculada na incidência do salário pago individualmente, assim como na contribuição dos empregados. (COHN et al. 2010, p. 16).

A mudança mais significativa nesse período dos IAPS, conforme pontua Cohn et. Al. (2010, p. 16); “As estruturas dos IAPS, convivendo ainda por décadas com a estrutura das CAPS remanescentes em várias empresas, permanece até 1966, quando então é unificado todo o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS”.

Dispõe sobre suas contradições e restrições enquanto sistema previdenciário e de assistência, seguindo ainda Cohn et. al. (2010, p. 16):

“[...] acompanhando as profundas transformações da sociedade brasileira nesse período, sobretudo os processos de acelerada industrialização e urbanização, os serviços previdenciários de saúde vão progressivamente sendo pressionados pela demanda dos trabalhadores assalariados urbanos, sem outro serviço médico alternativo, quer estatal, quer privado, à exceção de uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e de uma rarefeita rede hospitalar, ambulatorial e de atenção primária.”

Ressalta-se que, a mudança principal das CAPS para IAPS, foi meramente administrativa, no quesito da fusão das CAPS em um Instituto Nacional gerenciado pelo Estado, ou seja, a política social manteve-se estagnada frente a qualquer avanço no acesso e ampliação da rede de saúde no país. A relação era marcada pelo clientelismo (fornecedor X receptor), ou seja, entre usuários e prestadores de

serviços, além disso, não atendia a demanda da classe trabalhadora frente a um processo de industrialização que foi marcante na década de 40 e 50.

Outrossim, o sistema nacional de saúde foi organizado pela lei nº.6.229/75, a qual visou individualizá-lo em uma pasta ministerial própria e reafirmou as especialidades e peculiaridades de cada sistema que até o momento se mantinha unificado e indistinguível - Saúde e Previdência. Deste modo, a criação e categorização do sistema nacional de saúde culminou na dicotomia de ambos os sistemas que, antes, eram juntos. Ademais, a competência do sistema foi atribuída ao Ministério da Saúde, sendo responsável por sua tutela. (COHN et al. 2010, p. 16).

A dicotomia ministerial das políticas sociais, resultou na divisão social do trabalho entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (criado em 1974), sendo o primeiro Ministério responsável com a população inserida no mercado de trabalho formal, serviços públicos e contratados através da CLT (Consolidação das leis do Trabalho); já o segundo ministério, destinava-se às populações de mais baixa renda, excluídas do setor formal de economia, conforme pondera Cohn et al. (2010, p. 17): “Tal fato imprime uma terceira dicotomia, que consolida a assistência médica como um direito contratual compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica – pública e filantrópica – para a população carente”.

O resultado dessa dicotomia acentuou ainda mais as diferenças da população urbana e rural, em termos de acessibilidade aos serviços prestacionais, equipamentos médicos e insumos em geral. Observa-se que foi um marco divisório entre mazelas miseráveis direcionados para o setor público de filantropia e, de outro lado, assalariados orientados pela previdência social, diferenciando-os também pela ocupação de trabalho. Ademais, visou-se a assistência médica individual também. (COHN et al. 2010, p. 17).

Essa característica tornou-se importante na década de 80, conforme pontua Cohn et al. (2010, p. 17)

[...] o processo de desenvolvimento econômico do país gera um perfil de demanda dos serviços de saúde que faz com que os serviços públicos assumam, a partir dos anos 80, a assistência médica individual, de outro esse mesmo processo, paradoxalmente, imprime alterações na lógica da relação

entre serviços públicos e privados da saúde”.

Na década de 80, houve a propulsão do setor privado no âmbito da saúde sendo que, prevalecia o interesse privado na previdência social. Inicialmente, no formato de gestor e, posteriormente com contribuição tripartite. É notável que se estabeleceu ao decorrer da década de 80, uma clara divisão do trabalho e clientelas do setor público e privado de saúde. Sucedeu-se o apogeu das empresas médicas, como a medicina de grupo e hospitais privados (válido ressaltar que a construção dessas estruturas privadas se viabilizou com o financiamento federal do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento social – FAS criado em 1974). (COHN et al. 2010, p. 17).

O ato administrativo, antecede o conceito de serviço público. O ato decorre da execução da lei, ou seja, é o ato administrativo em concreto, pois é de origem da declaração unilateral de vontade, emitida pelo poder público, e destinada a produzir efeito jurídico, quer sejam objetivos ou subjetivos. Importante salientar que, os serviços públicos se dividem hoje em serviços públicos de gestão pública e serviços públicos de gestão privada. (SOUZA; 2011, p. 76).

Quanto a legalidade e eficácia dos atos administrativos, segundo ainda Souza. (2011, p. 76):

“Quanto a validade, constata a existência dos elementos, apura-se a consonância dos mesmos com a norma legal autorizadora de sua realização. Havendo perfeita harmonia e pertinência entre o ato e a norma tem-se configurado um ato legal; caso contrário, estaríamos diante de uma ilegalidade”.

A incorporação da saúde como um serviço compulsório promovido e assegurado pelo Estado, dentro de uma lógica de bem-estar social (Welfare State). A inauguração da política do bem-estar social, após o Brasil vivenciar mais de 20 (vinte) anos de regime totalitário foi um grande desafio para o conjunto das forças progressistas.

Contudo, é unânime a importância da Constituição Cidadã e o caráter inovador em 1988. Após sua promulgação, a Constituição já foi objeto de mais de 56 emendas para “aperfeiçoamento”, entretanto, está longe de constituir um impasse para a governabilidade do país. (BAPTISTA, LIMA, MACHADO; 2009, p. 830).

Insurge-se ao modelo ideal de bem-estar social, uma vez que há diversas contradições na estrutura capitalista brasileira com destaque nas acentuadas desigualdades sociais e econômicas existentes no país, neste mesmo sentido pontua Baptista et al (2009, p. 830), “Os estudos sobre a trajetória das políticas sociais no Brasil revelam suas limitações, particularmente, seu caráter fragmentado, estratificado, desigual e pouco efetivo do ponto de vista dos resultados sociais”.

Destarte, a reforma sanitária foi um projeto ousado, com muitos desafios a serem enfrentados, pois o direito a saúde ganhou um novo parâmetro no contexto da democratização, com o status de “direito à cidadania”. Nota-se que exigia o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde e havia como um dos principais: a superação da desigualdade social nas mais diversas regiões.

Ressalta-se que, a positivação do direito ao acesso à saúde no texto constitucional demandava da transformação irrestrita do modelo de desenvolvimento da sociedade brasileira. (BAPTISTA, LIMA, MACHADO; 2009, p. 830)

Neste mesmo sentido, menciona Baptista et al (2009, p. 831):

“O projeto reformista inscrito na CF88 pressupunha um novo modelo de intervenção do Estado na saúde e a reconfiguração do papel das três esferas de governo. No âmbito do Legislativo Federal, tal projeto implicava de imediato a definição da base legal para a organização desse sistema (leis reguladoras) [...]”.

Considerando que o poder executivo também demandou uma reconfiguração do “modus operandi”, tendo que planejar uma política institucional de integração com a consolidação de uma política nacional de saúde única (diretrizes nacionais, um grande norteador para os demais entes federativos), além disso, as novas relações entre o gestor federal com os demais gestores estaduais e municipais transformaram a gestão centralizada para descentralizada. (BAPTISTA, LIMA, MACHADO; 2009, p. 831).

Notadamente, o marco da refutação dos direitos consagrados no texto constitucional, ocorreu no decorrer da década de 90, na qual houve sucessivos programas para investidores do mercado internacional, sejam nas formas de privatizações, terceirizações e, por último, a implementação do terceiro setor

amplamente defendido pelos gestores públicos. A constituição foi antagonicamente afetada na sua máxima materialização da década anterior; um conjunto de fatores, forças e projetos políticos repercutiram sobre o padrão de intervenção do Estado a partir dessa década, a guinada para a política neoliberal.

Neste diapasão, no início da década de 90, ficou evidenciado um cenário instável para a concretização dos serviços de saúde e seguridade social. Houve a vinculação da previdência social ao Ministério do Trabalho em 1990, bem como o não cumprimento das disposições transitórias da Constituição Federal, principalmente para o destino de recursos públicos para saúde, neste mesmo sentido, menciona Baptista et al (2009, p. 831). “[...] significou o início de um período de fragilidade financeira mesmo a aprovação de uma fonte de financiamento específica para a saúde em um momento subsequente, não assegurou o aumento substantivo e a estabilidade de recursos para o setor.”

Notadamente, ocorreram diversas fragilidades para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes constitucionais previam a universalidade do sistema, sendo irrestrita para a toda população e, na contramão das décadas anteriores, em que o acesso à saúde era limitado e vinculado à previdência social (antigo INPS). (BAPTISTA, LIMA, MACHADO; 2009, p. 834).

Neste sentido, a Carta Magna inovou e assegurou diversos direitos e deveres, no entanto, a vontade política não acompanhou a implementação do sistema em sua máxima, acarretando, com isso, o aumento do número de ações judiciais para garantir o direito ora conquistado e normatizado, conforme menciona Baptista et al (2009, p. 836),

“[...] grande parte dos mandados judiciais têm sido utilizados como recurso para o acesso a medicamentos de competência obrigatória do Estado e indicados pelo Ministério da Saúde, como os medicamentos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, aqueles considerados estratégicos para o controle de determinadas doenças e agravos ou mesmo de uso raro e indicação excepcional”.

Evidencia-se então, a expansão das demandas judiciais em quase todos os tribunais, bem como as deficiências da própria administração, em assegurar o direito constitucional, ou seja, dependente da vontade dos agentes políticos regionais e federais. A lei orgânica da saúde, foi resultado de acalorados debates entre os

poderes, tendo como ênfase o Legislativo e o Executivo. Observa-se que a Lei orgânica, de forma positiva, assegurou e reafirmou os princípios de integralidade e universalidade do sistema, todavia, ocorreram lacunas deficitárias na sua estrutura, conforme pontua Baptista et al (2009, p. 837),

“[...] O que se observa nos anos subsequentes, no entanto, é que a fragmentação na condução das políticas e o excesso de normatização federal em alguns âmbitos prejudicam a compreensão da direcionalidade da política nacional. Além disso, registram-se importantes lacunas de atuação do Ministério da Saúde nos campos de recursos humanos e de insumos, que se manifestam nas esferas Estaduais e Municipais, e prejudicam o cuidado à saúde na perspectiva da universalidade e integralidade”.

Por outro lado, o Legislativo, mesmo com a autonomia e atribuições específicas elencadas na Constituição Federal, com o passar dos anos, conduziu uma agenda em total conformidade com as decisões do Poder Executivo, passando a ser um principal vocalizador dele, inclusive em normativas executivas que se contrapõem aos princípios dirigentes do SUS. (BAPTISTA, LIMA, MACHADO; 2009, p. 837).

Neste sentido, menciona Baptista et al (2009, p. 837).

“[...] Noutra perspectiva, o Legislativo também expressa uma fragmentação acentuada, com um movimento predominante de atendimento a demandas legítimas, porém específicas de determinados grupos, tais demandas ganham espaço e se transformam em leis pontuais à medida que as diretrizes da Constituição e da LOS não se concretizam completamente [...]”.

Dessa forma, o interesse privado se consolidou. Ao invés do fortalecimento das diretrizes públicas já concretizadas, demandas particulares estão sendo priorizadas, como por exemplo, o setor de conglomerados planos de saúde, o terceiro setor entre outros. Ressalta-se que, os interesses privados se sobrepõem ao interesse público nas normas emitidas pelo poder legislativo e, com isso, resulta no enfraquecimento do sistema público.

Neste diapasão, com a intenção de contraposição a esta escalada do setor privado no setor da saúde, menciona Baptista et al (2009, p. 838):

“Já a atuação do Poder Judiciário e a do Ministério Público, orientadas a partir de 1988 por novas regras constitucionais que modificaram e expandiram suas atribuições, trazem à tona as contradições e dilemas na garantia do direito a saúde no Brasil, colocando em xeque não apenas o Executivo, mas o contrabalanço exercido pelo Legislativo. Ao atuar como árbitro e defensor dos direitos e exercer sua autonomia e insulamento [...]”.

Trata-se⁴ da contradição do sistema: de um lado, há o direito ao acesso dos serviços de saúde contemplados pela Carta Magna, de outro, há a atuação do legislativo e executivo, predominantemente pela prevalência dos interesses privados, que impõem o marco limitador no sistema de saúde no Brasil.

Portanto, a Constituição Brasileira previu mecanismo de defesa do interesse da coletividade, como o órgão do ministério público e a defensoria pública, que visam a fiscalização e a lisura, bem como a efetivação prática do direito positivado pela legislação infraconstitucional.

1.3. O Sistema Único de Saúde – SUS em 1988.

A redemocratização foi marcada por tensões entre propostas assistencialistas e universalizantes, ou seja, a necessidade da constituição absorver as demandas populares e os direitos de segunda e terceira dimensão. Na época, da formação da frente parlamentar constituinte, principalmente do setor progressista, havia grandes perspectivas sobre a nova Carta Magna e, não apenas se limitava aos parlamentares, mas também aos movimentos sociais que construíram os principais programas e ideias com toda a sociedade civil. (PAIM; 2013, p. 1928).

Outrossim, as forças políticas conservadoras também se fizeram presentes, nos grupos de discussões da nova constituinte, principalmente ligados ao Governo Sarney, no qual o campo progressista perdeu espaço, Paim (2013, p. 1931), menciona:

“A disputa com as forças conservadoras reunidas no chamado Centrão foi intensificada na constituinte, embora a aprovação do capítulo da Seguridade Social sugerisse uma vitória momentânea daqueles que defendiam políticas universais, com destaque para a saúde. Com a nova Constituição a

⁴ “[...] O Estado capitalista pode até ter um caráter democrático, como por exemplo, a legitimação fundada na competência de uma burocracia oficialmente recrutada segundo princípios universalistas e meritocráticos. Porém, ainda que não corresponda a uma necessidade estrutural do capitalismo, a concessão de direitos políticos às classes trabalhadoras pode ocorrer [...] caso se combinem a pressão das classes trabalhadoras sobre o Estado capitalista e a emergência de conflitos políticos no seio do bloco das classes dominantes [...]”.

[...] Do ponto de vista institucional, é frequente que a diferença entre o caráter real das prerrogativas reconhecidas pelo Estado capitalista e o seu efeito ideológico sobre o conjunto da sociedade se manifeste como diferença entre dispositivos da legislação constitucional (tendentes a encarnar princípios universalistas e igualitários) e dispositivos da legislação ordinária (tendentes a outorgar prerrogativas diferenciadas a grupos socioeconômicos diversos: não apenas às classes sociais antagônicas, mas também a camadas de uma mesma classe, a grupos ocupacionais etc.). (SAES; 2001, p.382).

assistência social deixou de ser filantropia estatal, alcançando o estatuto de direito, embora para a cúpula governista os novos direitos sociais eram inimigos da governabilidade [...].

Notadamente, a década de 90 não se limitou somente na contraposição do progresso social, mas também na contrarreforma neoliberal. Houve, portanto, na política brasileira, a disputa pela hegemonia na comissão parlamentar constituinte, de um lado, composto por um conglomerado de parlamentares denominado como “Centrão”, que defendia o interesse de oligopólios e, do outro lado, parlamentares capitaneados pela ideologia do bem-estar social, prevalecendo, sobretudo, o interesse coletivo como primazia máxima para a sociedade brasileira.

Ademais, conforme pontua Paim (2013, p. 1931), “O próprio presidente advertia que artigos do texto constitucional desencorajariam a produção, afastariam capitais, sendo adversos à iniciativa privada [...]”, ou seja, pelo governo havia intenção de preservar a chamada “governabilidade”, atendendo os interesses do mercado sobre os setores de exploração capitalista, com um verdadeiro receio de afastarem os acionistas do mercado internacional nas terras nacionais.

Destarte, a década de 90, foi marcada por diversas reformas neoliberais, iniciadas pelo governo do Fernando Collor e estendida pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, ou seja, uma verdadeira contrarreforma neoliberal entre os períodos de 1990-2002, com a intenção de desmontar o sistema da Seguridade Social (Previdência, Assistência e Saúde), por intermédio do Plano Real e a Reforma do Aparelho do Estado, liderada pelo ex-Ministro Bresser Pereira. (PAIM; 2013, p. 1932).

A Constituição Cidadã (assim alcunhada por Ulysses Guimarães), transformou-se em Vilã, inserida na lógica da elite e do mercado, conforme menciona Paim (2013, p. 1931)

“As fontes de financiamento da Seguridade Social foram capturadas pela área econômica dos diferentes governos e a ‘questão social’ passou a ser conduzida pelos ‘programas emergenciais’ e de transferência, condicionada de renda que se tornaram permanentes; essa opção liberal e conservadora, preconizada por instituições internacionais de fomento, tem sido defendida por especialistas e por governos considerados de esquerda”.

O orçamento para o financiamento do sistema de seguridade social foi redirecionado para a economia, através da captura de recursos para o pagamento da

dívida pública, idealizado e efetivado através da desvinculação das Receitas da União. Nota-se que, o bem-estar social idealizado pela “Constituição Cidadã”, foi sucessivamente comprometido pela prioridade em “honrar” o pagamento da dívida pública (nunca sendo auditada na história político-econômica do Brasil), ao invés do fomento às demandas sociais. (PAIM; 2013, p. 1931).

O demonstrativo econômico expõe a faceta de socorrer a estrutura do capitalismo em detrimento da seguridade social, conforme expõe Paim (2013, p. 1931),

“[...] De acordo com os tecno burocratas, os recursos da União deveriam reforçar o capitalismo, desonerando o capital, prevalecendo uma regra pétrea entre os economistas do poder, segundo a qual o gasto social não deve pressionar o orçamento fiscal. Mas quando ressurgiu a crise, como nos mandatos de FHC e de Lula, os recursos da União foram usados para socorrer a economia. Desse modo, R\$. 180 bilhões do Tesouro Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) foram utilizados para enfrentar a crise de 2008”.

Importante frisar que o Governo do Fernando Henrique Cardoso (FHC), implementou as principais reformas neoliberais, na qual privatizou, terceirizou e inaugurou o chamado “terceiro setor”, após a Conferência do “Consenso de Washington, no final da década de 90. E a política social do governo Lula e Dilma foram marcadas pelo desenvolvimentismo; porém, como conclui Paim, frente a crise cíclica do capitalismo (2008), se demonstrou que o interesse do mercado prevaleceria. PAIM; 2013, p. 1931). Trata-se, portanto, de uma agenda conjunta de reformas e continuísmo da política neoliberal, conforme menciona Paim (2013, p. 1932),

“[...] O Governo Fernando Collor intensificou a abertura da economia e, após o impeachment, o Governo Itamar Franco optou por um ajuste macroeconômico. Elegendo o Presidente da República em 1994, pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), em aliança com o Partido da Frente Liberal (PFL), PMDB e outras legendas, distancia-se do projeto Esperança e Mudança, bem como da social democracia, desenvolvendo uma agenda neoliberal [...]”.

Deste modo, o governo petista deu continuidade à política do FHC num sentido diferente do projeto Democrático Popular original, sendo classificado por economistas como “esquerda liberal”. Houve, portanto, diversos rachas internos no Partido Petista,

pois quando o Partido dos Trabalhadores (PT) conquistou o poder executivo federal, se tornou consonante e legítimo gestor do capital nacional e internacional. Portanto, culminou num grande acordo nacional, visando a manutenção das estruturas econômicas iguais dos governos antecessores. (PAIM; 2013, p. 1932).

Nota-se, que a afirmação dessa conjectura foi comprovada pela leitura da “Carta ao Povo Brasileiro”, no qual o programa de governo já havia sido incorporado pela agenda do capital neste momento, em uma tentativa de acalmar o mercado financeiro, com o comprometimento de manterem os contratos nacionais e internacionais firmados pelos antecessores. (PAIM; 2013, p. 1932).

Ressalta-se que, ainda assim, esses governos prestaram alguma contribuição ao SUS, conforme menciona Paim (2013, p. 1932),

“[...] Sarney implantou o SUDS; Collor sancionou as Leis Orgânicas da Saúde; Itamar criou o Programa Saúde da Família (PSF), extinguiu o INAMPS e avançou a descentralização; FHC ampliou o PSF, implantou a política dos medicamentos genéricos e organizou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Lula montou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implementou as políticas de saúde mental e bucal; Dilma regulamentou a Lei nº.8.080/90 e aprovou a Lei complementar”.

Nesse sentido, a reforma sanitária brasileira não foi implementada pelos governos como um projeto de Estado, visando a ampliação e a abrangência como um sistema único que sobrepujasse a gestão pública. Portanto, como uma política intrínseca do Estado. No entanto, o que de fato ocorreu, foi que muitos gestores públicos se restringiram às regulamentações pontuais. Dessa forma, se mantiveram vinculados aos orçamentos públicos que não despriorizassem o mercado financeiro. Além disso, iniciou na década de 90, a inserção da classe trabalhadora através do consumo (a concessão de linha de crédito, consignados etc.), portanto, uma outra forma de categorizar os serviços prestacionais de saúde como uma mercadoria. Assim, como resultado da abertura do mercado brasileiro para o capital internacional, houve a proliferação da oferta de planos de saúde privado, mesmo com a resistência dos setores progressistas daquela época, na contraposição da ofensiva neoliberal.

Segundo conclui (COHN; 2009, p. 1616):

“Do ponto de vista da implantação desse sistema de proteção social, calcado na concepção de seguridade social, num ambiente mundial de desmonte dos Estados de bem-estar social, o que se verificou nessas décadas pós-constituição foi uma fratura dessa concepção e uma segmentação de seus

três componentes - previdência social, saúde e assistência social – abrindo caminho para retrocessos nos processos de avanços experimentados por esses segmentos [...]”.

O debate permeia sobre o projeto político internacional, da contraofensiva aos direitos sociais, ou seja, a diminuição do protecionismo social pelo Estado. E, particularmente no Brasil, o orçamento da previdência social é o objeto de desejo do mercado, no qual há o esforço para reduzi-lo, pois é o segundo maior orçamento do país (perdendo a posição somente para o pagamento da dívida pública). (COHN; 2009, p. 1616).

As fraturas que o sistema de saúde sofreu, subdividem-se em duas, conforme pontua Cohn (2009, p. 1617);

“[...] No primeiro caso, ela nos vem travestida de uma estratégia de mudança do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, desconhecendo-se a composição público-privado dos equipamentos de saúde no Brasil, e mesmo a distribuição altamente desigual dos equipamentos públicos de saúde [...]”.

Ainda sobre a subdivisão das fraturas do sistema, a segunda situação apresenta;

“[...] No segundo caso, parte-se do princípio que essas novas organizações gestoras dos serviços contarão com uma capacidade regulatória do Estado que impedirão que transplatem – em nome da racionalidade do custo/efetividade - a racionalidade própria do mercado para o interior dos serviços públicos estatais de saúde”.

Na conclusão da autora Cohn, o primeiro fator permeia sobre os insumos e modelo de distribuição do equipamento de saúde no Brasil. O Brasil, um país continental, tem que ser mais bem planejado ao definir como será a distribuição que, por muitas vezes, centraliza em uma região em detrimento de outra. Na segunda abordagem, teceu críticas sobre a lógica do mercado no setor público, a incorporação da lógica capitalista para os serviços públicos, como se o Estado fosse capaz de regular plenamente através de suas agências reguladoras.

Um exemplo lógico, explicitado por COHN (2009, p. 1617), refere-se a proposta inicial na década de 70 e 80: descentralização da saúde. A proposta original da descentralização, visava a democratização, facilitar a maior adequação das políticas de saúde e as necessidades reais da população, ou seja, pela maior proximidade entre

ambos, e como resultado final, a possibilidade maior do exercício da participação social. Na contramão, a descentralização passou a ter uma ótica funcional e organizacional, na década de 90, evidenciando portanto, vícios nos processos de representação, falta de rotatividade dos representantes da sociedade e a proeminência do Executivo na dinâmica do funcionamento dos Conselhos e demais instrumentos de participação social.

Neste sentido, talvez o grande desafio resida, conforme pontua Cohn (2009, p. 1618):

“[...] nos impõem a tarefa de se formular um novo projeto para a saúde que saia das amarras da implementação do SUS – daquele SUS então proposto nos anos 80, ainda abstrato e idealizado – reconquiste a dimensão emancipatória no novo contexto – do setor da saúde, do sistema de saúde atual, e do país – numa conjuntura de profundas mudanças no perfil de atuação do Estado na área social [...]”.

1.4. A Participação democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A abordagem sobre participação democrática precede do debate acerca do conceito de democracia e, posteriormente, a existência dos mecanismos de participação popular na sociedade. Há, portanto, avanços e recuos quanto a liberdade e participação efetiva das pessoas no espaço de poder. O estabelecimento da etimologia da palavra “Democracia” refere-se prioritariamente uma forma de governo, portanto, voltado essencialmente ao mundo da política, ou seja, adquiriu uma forma semântica e um universo polissêmico. Neste mesmo sentido, afirma Silva Filho (2013, p. 08):

“A palavra democracia surge na Grécia Antiga para designar uma forma de governo, que naquele momento, se diferenciava da tradição personalista marcante do domínio político. Nos séculos VI ao IV a.c., resultado do processo evolutivo, os gregos iniciaram elaborações filosóficas que projetaram significativas mudanças comportamentais – com profundas repercussões políticas e sociais para além de sua época [...]”.

A democracia é um derivado da filosofia, onde o pensamento pela razão ganhou força em contraposição da reprodução de rituais religiosos ou místicos. A filosofia demanda de soluções racionais para problemas reais, sendo que naquela época a arte de argumentar para convencer a coletividade tornou-se um instrumento

de transformação social. Os gregos, menciona Silva Filho (2013, p. 08), “[...] iniciaram elaborações filosóficas que projetaram significativas mudanças sociais – com repercussões políticas e sociais [...]”, num contexto da religião grega o Kratos se abre aos poucos para o povo (o Demos) visando o reconhecimento igual de todos os cidadãos perante a Lei (na dimensão das ideias), subseqüentemente na práxis das experimentações sociais.

Nesse contexto supracitado, pontua (SILVA FILHO, 2013, p.11):

“[...] o povo decidindo em praça pública. É o poder político não somente a serviço do povo, mas principalmente conduzido por ele, “Kratos”, palavra grega que significa poder político, associa-se à palavra “Demos” e passa a designar para os gregos “o poder do povo”.

A lastreada democracia grega refletiu em acúmulo histórico. Ademais, projetando na humanidade uma nova perspectiva de vida, integrando, portanto, as vertentes filosóficas da época, bem como os esforços para experimentações “in loco” através de arcabouços jurídicos, aperfeiçoando-se ao longo do tempo. Por último, o conceito de democracia, menciona Silva Filho (2013, p. 11) “[...] para expressar uma forma de organização político-social fundamentada na incessante busca humana pela igualdade”.

Nota-se, que a democracia exige o reconhecimento do “ser humano” como cidadão, ou seja, o direito atribuído a ele, para opinar e participar sobre a vida política do Estado ao qual pertence, dentro do conceito de Norberto Bobbio (SILVA FILHO; 2013, p. 12). Por outro lado, séculos depois, Immanuel Kant alega que o direito à cidadania é universal, ou seja, nenhum Estado tem o direito de repelir ou negar para alguém a vida em sociedade, pois pertencer a espécie humana torna-se um direito a ser cidadão do mundo, uma verdadeira “Cosmópolis”. (BOBBIO; 2022 p. 124-126).

Percebe-se que Kant, séculos após a consolidação da filosofia grega sobre democracia, inaugurou um novo debate para além da visão existente da sua época. A democracia, também serviu como instrumento de pertencimento, ou seja, a vedação da violência pelo Estado, nacional ou estrangeiro, bem como o direito universal de habitar pacificamente qualquer parte do planeta terra.

Os pilares da democracia foram insculpidos com muita luta política das massas e sempre diante de contradições sociológicas, pois não é linear. O grego Sólon, viveu em Atenas por volta do século VII a.c. e foi o precursor dos pilares democráticos que existem até os dias atuais. A cidade-Estado de Atenas possuía classes sociais, divididas em Eupátridas (grandes proprietários de terra) que possuíam irrestrita participação política, Thétes (pequenos proprietários de terras) sem nenhum direito político e, por último, os Metecos, compostos por comerciantes e artesões estrangeiros, bem como os escravos desprestigiados na cidade. (SILVA FILHO; 2013, p. 16).

O ateniense Sólon encontrava-se diante do efervescer de distúrbios entre as classes sociais da Grécia antiga, pois os ricos proprietários de terras exploravam os camponeses, podendo até vendê-los como escravos por dívidas, caso almejassem. A demanda por pacificação social era tão prioritária, que os ricos concordaram em nomear Sólon, como conciliador em prol da sobrevivência do Estado. As medidas instituídas pelo novo conciliador (arconte-conciliador) não tiveram resultados a curto prazo, porém tiveram reflexos que conduziram Atenas para futuras reformas políticas. (SILVA FILHO; 2013, p. 16).

Os endividados ameaçavam se rebelar contra a exploração e submissão aos Eupátridas (filhos da elite), e nesse contexto, forçavam a classe privilegiada a fazer concessões, pois como diz o jargão “antes perder os anéis do que os dedos”. No entanto, Sólon, conforme pontua Silva Filho (2013, p. 17):

“[...] construiu em seu governo alguns instrumentos de participação e controle que servem de base à organização do Estado para além do seu tempo. Trouxe para a institucionalidade as diversidades de interesses, dando voz a segmentos sociais até então alijados da participação dos rumos da cidade [...]”.

As principais mudanças que Sólon introduziu na sociedade Ateniense, foram, conforme indica Silva Filho (2013, p. 18):

“-Fortalecimento das Assembleias como um espaço livre debate e de decisão para os cidadãos livre;

-Criou o Conselho dos Quatrocentanos (Bulé), que se responsabilizou pela elaboração das leis, preparação da ordem das Assembleias, preservação da ordem pública e investigação dos funcionários antes destes ocuparem os cargos públicos;

- Criou o Tribunal de Justiça, onde até os Thétes (pobres) podiam servir de jurados;
- Proibiu a Escravidão por dívida;
- Instituiu a cunhagem de Moedas (Dracman)”.

Nas reformas de Sólon, por exemplo, o Conselho dos Quatrocentos foi uma instituição que pode ser considerada como embrionária da futura democracia representativa. O Tribunal de Justiça foi o prefácio do poder judiciário independente, e as Assembleias foram responsáveis pela criação de mecanismos para participação popular, ou seja, intervenção direta do cidadão na vida da cidade (democracia direta) e, por último, o fim da expressão máxima da exploração da elite ateniense - escravidão por dívida.

De fato, Sólon, perpetuou o legado e forneceu as bases à humanidade para um nova perspectiva de vida, sobre o conceito de liberdade – relação do indivíduo e Estado, bem como significado da democracia na prática, que se aperfeiçoa até os dias de hoje. Por outro lado, as classes subalternas de Atenas, muitas vezes não conseguiam participar da vida política da cidade, pela própria condição de miséria, como bem pontua por Chester G. Starr apud Platão (2005; p. 59), “se sustentam a si mesma com seu trabalho e não se preocupam com política, tendo que muito poucas propriedades; este é o maior e mais poderoso elemento da democracia quando se reúne”.

É notório que, a democracia não é um modelo perfeito de governo, há muitas ambiguidades, todavia, há o consenso que é o mais próximo da construção de uma civilização pacífica frente as complexidades e desafios humanos, bem como uma forma de combater a tendência autoritária do Estado.

A perspicaz comparação feita por Silva Filho (2013, p. 82), impôs a democracia frente a realidade:

“Durante séculos, de Platão a Hegel, a democracia foi condenada como forma de governo má em si mesma, por ser o governo do povo e o povo, degradado a massa, a multidão, a plebe não estar em condições de governar: rebanho precisa do pastor, a chusma do timoneiro, o filho pequeno do pai, os órgãos do corpo da cabeça para recordar algumas metáforas tradicionais. Desde quando a democracia foi elevada à condição de melhor forma de governo possível (ou menos má), o ponto de vista a partir do qual os regimes democráticos são avaliados passou a ser o das promessas não cumpridas. A democracia não cumpriu a promessa do autogoverno. Não cumpriu a

promessa da igualdade não apenas formal, mas também substancial. Terá cumprido a promessa de derrotar o poder invisível?”.

Percebe-se que o debate não é meramente pessimista ou um caminho para uma conclusão negativa sobre a democracia e, sim, a exposição da contracorrente que a permeia. No contexto da história, a humanidade vivenciou os dois extremos, os pensamentos antagônicos que tentaram disputar a hegemonia política do mundo. De um lado, os liberais, defensores das desigualdades naturais, da disputa natural do mais forte contra o mais fraco com interligações sobre igualdades dos pontos de partidas, na qual resulta que, tão somente, alguns (seletividade) possuem o direito do acesso ao “saber”. No outro extremo, os socialistas que pregam a igualdade natural e material (para além da igualdade formal), princípios que todos devem ter igualdade no ponto de chegada. (SILVA FILHO; 2013, p. 83)

Neste sentido, pontua Silva Filho (2013; p. 83);

“Os dois extremos, de posse do aparelho do Estado, por razões diferentes [...] por paternalismo, para salvar o povo da dominação capitalista, instrumentalizaram o Estado como uma instituição repressora e barbarizaram em nome do povo [...]; em nome da liberdade, sinônimo de direito à propriedade e de livre iniciativa, consideravam o povo cidadãos deficientes mentalmente, portanto inabilitados para o exercício do poder público”.

É certo que, diante das experimentações de governos com regimes autoritários e dos dois extremos, resultou a necessidade de ponderação. É o confronto entre o modelo ideal do poder visível e a realidade das coisas materializadas na prática, sendo importante interpretar a realidade pelo olhar dos dominados, através do segredo do disfarce. Deste modo, não se refere à um “punhado” de pessoas iluminadas para decidirem os ditames da maioria, ou, o que é certo e errado (um falso dualismo do que é bom ou ruim) mas, sim, que a democracia é uma via de mão dupla conforme pontua Silva Filho (2013, p. 83) “[...] onde o povo caminha em direção ao poder e o poder em direção ao povo”. ⁵A contradição da democracia, não é de todo mal, mas de fato, é o modo que se objetiva o aperfeiçoamento dos atos administrativos, que apesar de inatingível, é o melhor modelo pela busca incessante da perfeição.

⁵A busca pela perfeição dos atos administrativos, não se limitam em si, mas da própria atuação do Estado em suas funções, bem como em especial das políticas e ações que visam à efetivação dos direitos fundamentais.

O pensador Bobbio (2009, p.19) concluiu no trecho da obra “O Futuro da democracia”, “[...] Para um regime democrático, o estar em transformação é seu estado natural: a democracia é dinâmica, o despotismo é estático e sempre igual a si mesmo”.

Neste contexto, Bobbio afirma que a democracia é objeto de constantes transformações, sendo assim, podemos dizer que a conjuntura de hoje não será a mesma que a de amanhã. O despotismo é estático pela própria essência da demanda por controle, a inexistência de qualquer mudança é necessária para a manutenção do poder, em contrassenso da democracia. É sabido pelos defensores da democracia que não existe o ponto de chegada, diferentemente do despotismo. O embate de projetos, propostas e opiniões integram a essência da democracia, onde ocorre a valoração das ideias, que conseqüentemente resultam na síntese, ou seja, as posições majoritárias se transformam em ação pelo Estado e expressam a colisão das forças políticas daquela sociedade.

Na década de 60, 70 e 80 a conjuntura política internacional estava polarizada, entre o capitalismo e o socialismo e marcou profundamente o Estado brasileiro. O bloco capitalista capitaneado pelos Estados Unidos da América, agiu de forma preventiva: influenciaram e financiaram os militares brasileiros a provocarem o golpe de 1964, a denominada “Revolução”, que se resumiu em uma contrarrevolução das forças progressistas na época, cujo objetivo era a tomada de assalto do Estado pelos militares, visando a proteção da propriedade e da família, além de combater as forças supostamente subversivas. (SILVA FILHO; 2013, p. 93) O resultado dessa quartelada contra a liberdade de opinião e de organização, bem como a utilização da tortura como mecanismo de repressão, apesar de um longo tempo de duração, sucumbiu como todo regime de exceção. Os diversos segmentos sociais, políticos e ideológicos uniram-se pela construção de uma nova ordem política no país. O marco, sem dúvida, foi a convocação da Constituinte de 1985 (Emenda à Constituição nº. 43), instalação em 1987 e posterior promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988.

Notadamente, estabeleceu-se um sistema de validade das regras do direito, baseado na hierarquia das normas jurídicas, conforme conclui Silva Filho (2013, p. 93) “A Constituição se valida estabelecendo como referência uma norma hipotética fundamental e a ela se submete toda a validade do ordenamento jurídico de um

Estado [...]”. A Constituição elenca em seu texto princípios explícitos e implícitos que são verdadeiros pilares de sustentação da ordem democrática.

O princípio democrático é tão importante, que Celso Antonino Bandeira de Melo (1996, p. 545), assim o define;

“Princípio é, por definição, mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro e alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas, compondo lhes o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência, exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere tônico e lhe dá sentido harmônico. É o Conhecimento dos princípios que preside a inteligência das diferentes partes componentes do todo unitário que há por nome de sistema jurídico positivo”.

É um verdadeiro sistema, estruturas de normas do direito brasileiro, um direito positivo que mescla regras e princípios, resultando assim, em um sistema hierárquico de normas jurídicas com rigidez constitucional. A conquista, pelos setores progressistas, tornou-se uma espécie de positivação de direitos, ou seja, não há conquista se não é positivado e regulado pelas formas, conforme menciona Alexy, que quando há ampliação da possibilidade de aplicação das normas jurídicas ao viabilizar o sopesamento, no caso, a ponderação, a construção de uma relação valorativa entre a situação na prática e a norma.

A convalidação da Constituição de 1988, classificada no âmbito democrático, dentre tantos outros fatores, é o princípio do contraditório (art. 5º inciso LV da Constituição Federal) que afirma “aos litigantes em processo judicial ou administrativo, e aos acusados em geral são assegurados o contraditório e a ampla defesa, com os meios e recursos a ela inerentes”; para além do conceito processual supracitado, o direito do contraditório possui base filosófica, pois é o respeito às diversidades e diferenças. As diversidades nascem com as ideias que se notificam por serem diferentes, ou seja, no pensamento da dialética hegeliana, os elementos são formados por tese, síntese e antítese. No entanto, o contraditório pressiona os envolvidos para a busca de novos parâmetros conceituais visando solucionar o conflito apresentado, ou seja, a fórmula da resolução do conflito. Este conceito, correlaciona-se com a afirmação de Bobbio “democracia é dinâmica e em constante transformação”. (SILVA FILHO; 2013, p. 104).

De outro lado, o princípio da legalidade estabelece como um verdadeiro alicerce democrático conforme dispõe o Inciso II do artigo 5º da Constituição Federal,

dispondo “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”. É o impedimento que as resoluções dos conflitos se realizem através da força, ou até mesmo como mecanismo de controle da exacerbação das ações do Estado. A eficácia desse princípio é uma mão de via dupla, ou seja, por um lado delimita a relação do indivíduo com a coletividade, e por outro lado, limita o poder do Estado com o indivíduo. É interesse da democracia o projeto do equilíbrio entre a vontade subjetiva do indivíduo e a vontade do todo social.

Verifica-se que, os movimentos sociais sanitários realizaram uma pressão aos parlamentares constituintes, na qual ensejaram em novos instrumentos de participação social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas. Neste contexto, surgem os conselhos de saúde com fulcro Lei nº. 8.142/90 que em seu artigo 1º estabelece, que cada esfera governamental deverá conter conferências e conselhos de saúde. A Constituição de 1988, é taxativa quanto à primazia da democracia e da necessidade de materializá-la perante a sociedade civil, na qual ecoou em todas as esferas da administração do Estado. (CARVALHO; 2003, p. 28).

Neste sentido, menciona Carvalho (2003, p. 29),

“As competências legais básicas dos conselhos de saúde em todas as esferas encontram-se no art. 1º, §2º, da Lei nº.8.142/90, e podem ser divididas em dois grandes campos: a área de planejamento e controle, cujo tema principal é o financiamento; e a área de articulação com a sociedade, como a atribuição de organizar as conferências, examinar a saúde e propostas populares [...]”.

Notadamente, há dicotomia na função dos conselhos de saúde. O planejamento da gestão conjuntamente com a sociedade civil é primordial, uma vez que o usuário é o fim na cadeia produtiva da prestação e, é de suma importância o poder executivo integrar os seus cidadãos nos programas de implantação, sendo o outro lado, o de financiamento da política de saúde a níveis Federal, Estadual e Municipal, que afeta diretamente os setores da sociedade civil, sejam elas do mercado ou assalariados. (CARVALHO; 2003, p. 29).

A criação do conselho de saúde, se justifica por si só, mas também está em plena consonância com o texto Constitucional, pois o modelo que possibilita a participação sistemática de centenas de pessoas, sejam elas gestores, funcionários

ou usuários (maiores interessados) no debate sobre os rumos e, na incessante busca de soluções para os problemas pontuais e de longo prazo. (CARVALHO; 2003, p. 29).

Neste sentido, menciona Carvalho (2003, p. 30),

“Os conselhos de saúde são importante instrumento para a efetivação do SUS e para a garantia do direito à saúde a todos. Por meio de suas atribuições e poderes, esses órgãos podem intervir nas políticas estatais referentes à saúde direta ou indiretamente, exigindo que o Estado atue quando omissos e controlando as suas ações”.

A ⁶democracia participativa pressupõe a integração do povo no exercício da cidadania, ou seja, a necessidade da preservação desses mecanismos participativos nos atos da administração pública do Estado, sobretudo, no campo da formulação de política social. É sabido que, o Estado sem mecanismo de controle coletivo, sobretudo nos pilares de sua fundação, tende emergir em governos autoritários. O regime nazifascista, no início do século XX, propagou como política de Estado o cerceamento do movimento sindical, extinção das liberdades políticas, bem como o encerramento forçado das atividades parlamentares, pois o poder executivo avocou as funções de administrar e legislar conforme os ditames do ditador. No Brasil, o Estado se mostrou com uma política institucional semelhante; principalmente quanto à ausência da liberdade individual ao longo da existência da república brasileira, portanto, assegurar a participação popular na gestão pública é sinônimo da efetivação do direito à democracia basilar na Carta Magna. (PEREIRA, VIEIRA; 2020, p. 181).

Trata-se, portanto, da vontade política dos agentes políticos envolvidos, conforme mencionam Pereira e Vieira (2020, p. 183),

“[...] para que possamos consolidar um ambiente propício à democracia participativa no Brasil, é imprescindível aliar a vontade política com a experiência participativa dos Conselhos, até porque possibilitam: visibilidade (transparência dos discursos e ações dos atores no processo); controle social (permite a participação e mediação da sociedade); representação de interesses da coletividade (cidadãos defendendo o coletivo); democratização

⁶ Importante frisar que há mecanismos diferentes para o exercício da democracia, sendo, portanto, subdivididos na forma representativa, direta ou participativa. A democracia representativa é aquela em que os cidadãos não exercem diretamente o poder, o exercem de maneira indireta por meio de seus representantes eleitos para tal fim. A democracia direta é a participação do povo no exercício de sua cidadania, sobretudo na política, através de mecanismos previstos na Constituição. Dessa forma, “[...] democracia participativa não é o mesmo que democracia direta ou necessariamente o mesmo que participação cidadã, democracia participativa é o empoderamento dos cidadãos como titular do poder soberano”. Neste sentido, a Constituição de 1988 prevê um sistema político híbrido que incorporou ao sistema representativo e alguns instrumentos de democracia direta, bem como também foram incorporadas no texto constitucional a democracia participativa. (BARBOSA; 2015, p. 19, 27 e 32).

(amplia os fóruns de discussão e decisão); e cultura pública (enfrenta o autoritarismo e a apropriação do público pelo privado)”.

Outrossim, a participação democrática é didática para os agentes envolvidos, uma vez que se sentem parte dos mecanismos sociais e se tornam atores ativos das ações da administração pública, havendo também outro fator imprescindível, que é a contraposição do interesse privado frente a coletividade. Nota-se que, quando o poder é centralizado, torna-se mais suscetível a dissonância das decisões dos gestores com a demanda da população. (PEREIRA, VIEIRA; 2020, p. 183).

A importância dos conselhos no sentido de fomentar um pluralismo que estabeleça abrangência, no âmbito político e jurídico, mediante o controle social, com a visão de efetivar a participação popular em formular e contribuir para a democratização do Estado. Porém, qual seriam as características de um conselho? Afirmam Pereira e Vieira (2020, p. 184),

“[...] a legislação estabelece os conselhos como atores participativos, paritários e descentralizadores da gestão com o poder de deliberar, ou seja, decidir [...]”, seguindo ainda, “há conselhos que apresentam uma natureza apenas consultiva, restrita à emissão de opiniões e aconselhamento ao poder público”.

É importante ressaltar que, a democracia participativa não é uma concessão paternalista, muito menos favores aos cidadãos, concedida pelo poder público, mas sim, um novo parâmetro na conquista dos direitos fundamentais, um patamar constitucional que deve ser respeitado e observado como direito fundamental embasado nos princípios constitucionais, resultado de lutas e movimentos sociais após períodos de privações das liberdades individuais e sociais.

2. A captura do Estado pelo terceiro setor

2.1. O Espaço público e a esfera pública não estatal.

O prefácio do tema supracitado é importante para a delimitação das conjecturas econômicas e políticas que inauguraram o terceiro setor, sobretudo, na América Latina. Destarte, para compreender a aproximação do Estado com o terceiro setor, é

imprescindível a análise do contexto histórico desde sua idealização, execução e, por último, os resultados.

A pesquisa que norteará este tema é denominada como “O Canto da Sereia – Crítica à ideologia e aos projetos do Terceiro Setor”; o autor Carlos Montaña et al (2014; p. 16), explicita que a razão da intitulação como “o canto da sereia”, refere-se numa contra insurgência pela base, ou seja, há uma guerra ideológica das classes dominantes para ganharem “os corações e as mentes”, através do controle das organizações de base. Destarte, a metáfora utilizada sobre as sereias origina na antiga mitologia, nas quais as sereias seduziam os marinheiros que enfrentavam meses de navegação e, no lento da noite, elas apareciam belas e atraentes emitindo um verdadeiro cântico que os enfeitiçavam, incentivando-os para que pulassem ao mar e, no momento mais propício, as sereias se transformavam em verdadeiras algozes para levá-los nas profundezas do mar, da qual nunca mais saíam com vida.

O projeto do terceiro setor, foi festejado como os legítimos representantes da sociedade civil, sobretudo, das diversas formas de exclusão social, conforme pontua Montaña (2014, p. 54):

“Elas aparecem como representantes da Sociedade Civil nos Conselhos de Assistência, da Saúde, entre outros; elas são tratadas pela mídia como as porta-vozes do povo; elas são consultadas como expertas e conselheiras em temas específicos pelos organismos oficiais do executivo e do legislativo; elas são consideradas por intelectuais como as substitutas dos Movimentos sociais em crise”.

Importante ressaltar que o terceiro setor tendenciou, de certa forma, conquistar a investidura dos setores populares, ou seja, diante de movimentos sociais descentralizados e com propostas mais radicalizadas que resultaria em uma ruptura do atual modelo de sociedade e na contramão surgiram as entidades de caráter privado para domá-los, hierarquizá-los e controlá-los.

O precedente a ser analisado é o processo histórico que emoldura o surgimento das ONGs, com o chamado “desenvolvimentismo” que marcou a América Latina, sobretudo, advindo da crise entre o bloco capitalista e socialista. A polarização internacional que fomentou diversas políticas mundo afora, inclusive, culminou com o surgimento do terceiro setor. Deste modo, sob a influência da Teoria Geral de Keynes e estruturado pelo CEPAL (Comissão Econômica Para a América Latina e o Caribe,

vinculado ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas), classificou os países a partir da renda nacional e per capita e do ritmo das inversões, em: 1) desenvolvidos; 2) em vias de desenvolvimento e por último, 3) subdesenvolvidos. (MONTAÑO; 2014, p. 55).

Segundo ainda, Montaño et al (2014, p. 55), pontuam:

“[...] como estágios e etapas de um processo (naturalizado) que pode ser percorrido por todos os países, desde que nas condições adequadas: o subdesenvolvimento é aqui visto como uma etapa inicial do necessário desenvolvimento econômico. Para a CEPAL, este processo de desenvolvimento econômico e social deve ser estimulado pelo Estado e com a participação da sociedade, mediante metas de crescimento industrial e de infraestrutura [...]”.

Percebe-se que a característica da CEPAL, como processo para a mudança de estágio entre o subdesenvolvimento para o desenvolvimento, é o investimento Estatal na produção e consumo, ou seja, incentivo público na estruturação dos paços industriais nacionais e, como consequência, a inserção da população no acesso aos produtos e no bem-estar social (serviços sociais). As políticas econômicas que marcaram o período foram, em particular no Brasil, os governos do JK (Juscelino Kubitschek) e o “milagre econômico” da ditadura militar. (MONTAÑO; 2014, p. 55).

Tomando o método marxista como referência para as análises, houve profundas transformações e repercussões na realidade do trabalho nos países de capitalismo avançado e periférico. Contrária a essa visão de fenômeno autônomo de cada nação, surge nos anos 1960-1970, a “Teoria da dependência”, inspirados nas categorias trotskistas de um verdadeiro “desenvolvimento desigual e combinado e de “imperialismo”. (MONTAÑO; 2014, p. 55). Nesse sentido, a concepção do desenvolvimentismo não é de forma autônoma de cada nação, mas sim, por uma política imperialista (o ápice do capitalismo moderno), conforme Lênin, se constituindo pela transformação do monopólio (fruto da centralização de capital), bem como a substituição da concorrência intercapitalista para o controle monopolista; além disso, a constituição do capital financeiro, visando a “intermediação de pagamentos” e de “criação de lucro” a partir da fusão com o capital industrial e; por último, a transformação das colônias territoriais (fatiadas pelas nações colonizadoras) para colônias comerciais, exportadoras de commodities, com relações diplomáticas e

financeiras. Lênin, denomina como um desenvolvimento desigual entre as nações imperialistas e países coloniais ou neocoloniais. (MONTAÑO; 2014, p. 56).

A partir dessa premissa, da política econômica imperialista, na qual enquadram as nações como colonizadoras e colonizadas pelo seu modo de produção e seu comércio; o capitalismo integrou o mundo em um só organismo econômico e reduto político. Ressaltando ainda, que há grandes fissuras regionais, havendo, se não, algumas nações progredindo e outras regredindo. O fator-chave a ser observado é que, no sistema do capitalismo mundial, os Estados-Nações não podem simultaneamente se autodesenvolverem, mas sim, serem subservientes no quadro das regiões desiguais do núcleo orgânico e de periferia.

Por outro lado, Junior (2021, p. 371), aponta que também as profundas transformações tecnológicas e o intenso processo de reestruturação produtiva, “redimensionaram os padrões da sociabilidade e reconfiguraram o mundo do trabalho”, ou seja, o capital orientado pela ampliação crescente de acumulação evidenciou o processo da mundialização do capital globalizado da pobreza.

Percebe-se que, a existência de blocos desenvolvidos e subdesenvolvidos, dentro também das próprias nações com áreas modernas e ricas, coexistindo com outras pobres e atrasadas, acentuaram as diferenças, mas não diferenças biológicas, ou endógenas, mas sim, de acordo com a sua posição como países “centro” e de “periferia”. As características dessa divisão estrutural e sistêmica são pela exploração e relação com os países periféricos, ou seja, não pelo grau do desenvolvimento, e sim pela subordinação; periférica e dependente do sistema capitalista mundial (MONTAÑO; 2014, p. 57). A dependência é marcada pela relação estrutural, conforme esclarece Montaño (2014, p. 57):

“[...] este processo pode até se dar no país periférico por estímulo do país central (e suas corporações privadas), levando a uma relação de dependência centro-periferia; a periferia depende do financiamento e da tecnologia oriundos da metrópole para se desenvolver – e isto vem na forma de empréstimos, de mercadorias, de doações, ou até pela ação das filiais de empresas transnacionais, enquanto o centro, seus Estados e suas corporações, passam a absorver boa parte do lucro gerado nesses países recém-industrializados [...]”.

O referido saque das riquezas das nações pobres pelas ricas não se dá mais pela espoliação de recursos naturais, mas agora, tomam boa parte da riqueza

produzida industrialmente nos países periféricos e semiperiféricos, pelo pagamento da tecnologia transferida, pela amortização da dívida gerada pelos empréstimos, além da circulação de capitais intrafirmas (filiais de multinacionais, nas quais os lucros gerados por elas são transferidos para as matrizes do centro). O mecanismo do capital financeiro é que seu processo de produção, se coloca de modo especulativo, nutrindo a riqueza auferida pelas esferas ampliadas, ou seja, investimentos do capital produtivo, porém esse processo ocorre pela apropriação da força de trabalho e matéria prima excedente. (JUNIOR; 2021, p. 372)

Importante salientar que, conforme menciona França Jr. (2021, p, 372):

“Mesmo diante de um largo processo de migração [...] formas de produção de bens de consumo duráveis para a esfera financeira, de caráter rentista, necessário destacar que não se remove a validade da apropriação da força de trabalho humana, uma vez que essa contradição é *ineliminável* das relações sociais, sendo que a exploração do trabalho vivo segue acentuada diante da utilização/produzibilidade da força de trabalho”.

Destaca-se que, dentro do bloco de países desenvolvidos e neodesenvolvidos, a utilização da força de trabalho pelo capital é fundamental no processo de subordinação dos países periféricos, pois nota-se que há uma força de trabalho excedente e barata nessas regiões, para a exploração dos setores econômicos, além da extração de recursos naturais supracitados. Além disso, os mecanismos de obtenção de superlucro ocorrem através do Investimento Estrangeiro Direto (IED), na aquisição de novas fábricas (filiais) nos países periféricos, conforme elucida MONTAÑO (2014, p. 62);

“[...] será produzido valor – com elevadas taxas de mais-valia e de lucro, dadas as condições de estímulo estatal (subsídios, isenção fiscal e ISI), de barateamento da produção (matérias-primas e força de trabalho baratas) e a ampliação do mercado de consumo (incorporando estas populações); valor em seguida transferido da periferia para os países centrais imperialistas”.

É notório que a falácia do Estado mínimo, se contradiz quando há intervenção do Estado para a manutenção da economia capitalista, ou seja, o Estado é máximo para garantir a estrutura econômica e, de outro lado, é mínimo na garantia de direitos sociais eficazes. Todavia, o superlucro não se dá mais pela espoliação do valor (usurpação unilateral, ultrapassada relação colonial clássica), mas por um processo moderno de livre circulação intrafirmas.

Para reafirmar a contradição sobre a intervenção do Estado, recorremos a Júnior (2021, p. 374):

“Nas crises agudas, cabe ao Estado intervir nas mais variadas esferas de reprodução do capital, em que ele envida os mais consistentes esforços político-econômicos a fim de sanear as dificuldades da produção. A propalada “mão invisível” smithiana, recuperada por economistas e apologetas (neo)liberais, é amputada com único e exclusivo objetivo de socorrer, com vultosos fundos públicos, as desastrosas aventuras do capitalismo, garantindo, assim, a regência do capitalismo expresso na lei do valor”.

Enfatiza-se que o Estado é presente, inclusive no surgimento do desenvolvimento industrial, limitado à subordinação dos interesses expansionistas do capital internacional e à superexploração dos países periféricos pelos centrais. As colônias exportadoras de commodities iniciaram a industrialização das mercadorias, a demanda do capital internacional por uma mão de obra barateada e da população de consumo, ou seja, a transformação da população em meros consumidores. Os países periféricos são explorados, através da mão de obra de baixo custo e de abundante matéria prima e vulneráveis a política cambial (real, peso x euro e dólar). (MONTAÑO; 2014, p. 64).

O Estado é o agente ativo para implementação dessa política produtor-consumidor, pondera França Jr. (2021, p. 374);

“[...] O Estado burguês [...] não passa de um comitê para gerenciar os assuntos comuns de toda a burguesia [...] assume papel fundamental neste processo, pois sua função cartorial é legitimar os interesses do capital em torno de sua constante valorização, seja na produção, seja na esfera financeira, seja até mesmo nas políticas sociais, estas assentadas como mercadorias [...]”.

No mais, é necessário que seja promovido um processo econômico, político e social de transformação, cujas ex-colônias, saqueadas e apropriadas, possam ser nações industrializadas e consumidoras. Mostra-se imprescindível que, o capital internacional estimule e promova o chamado “desenvolvimentismo” dos países latino-americanos, em consonância com o projeto do CEPAL. Um exemplo prático disso no Brasil, foi o governo de Juscelino Kubistchek com o lema “50 anos em 5”. (MONTAÑO; 2014, p. 64).

Neste sentido, como bem pontuado por Montaño et al (2014, p. 65):

“[...] Ou seja, o grande capital, como parte de seu processo expansionista dentro dos limites do mundo ocidental, injetará recursos nos países latino-americanos para financiar sua adequação às necessidades mercantis (de produção e de consumo), para obtenção do superlucro. Seja: a) pela via de Investimento Externo Direto (montando filiais de indústrias nestes países); b) com a transferência de recursos, na forma de empréstimos (gerando a Dívida Externa) [...]”.

Notadamente, torna-se mais claro a dissociação do Estado com a ordem burguesa, pois a reprodução do projeto demonstra uma característica do controle político-econômico daqueles que detém o monopólio dos meios de produção. Há profundas relações do capital-Estado que solidificam uma relação de dependência, sobretudo na tomada de decisão, na qual prevalecem os ditames do capitalismo e ao Estado incumbe-se o papel de viabilizar suas ações através da legalização pelas normas: ou seja, o Estado é o elemento subordinado a sociedade civil (entende-se como elite financeira), o reino das relações econômicas. (FRANÇA JÚNIOR; 2021, p. 377).

As Organizações Não Governamentais (ONGs), surgem como instrumento para a viabilização das políticas discutidas no CEPAL. Nota-se que, esses organismos multilaterais tinham como fundamental missão “organizar” a “Cooperação Internacional”, visando a aproximação de populações organizadas em movimentos sociais, coletivos e outras formas de auto-organização, servindo como instrumento indireto dos governos nacionais locais, recebendo, inclusive, dinheiro desta “cooperação”, destinando-os para programas e projetos que vinculavam os movimentos sociais (mecanismo utilizado também como cooptação das massas). (MONTAÑO; 2014, p. 66).

Neste sentido, em consonância com o parágrafo supracitado sobre a essência ideológica dessas entidades privadas, pondera França Jr. (2021, p. 377),

“transfere-se a questão da legitimação da ordem, deslocando-se das “lógicas do Estado” para as “lógicas da sociedade civil”, reforçando o discurso operante de autossatisfação das necessidades básicas do ser social, ou seja, traduz-se pela lógica de uma individualização da questão social ou mesmo centrada em um voluntarismo “civil”, que não demonstra, de modo fático, uma solidariedade de classe”.

Insurge-se como uma contraofensiva burguesa, com sua materialização na prática, e na esfera ideológica, durante e após a queda do bloco da União Soviética.

Em consonância ao pensamento que o Estado é mínimo para promover política social, devendo se tornar um mero regulamentador e estimulador do mercado; portanto, as entidades do terceiro setor incumbiram-se de responsabilizar os anseios sociais ao indivíduo, sendo ele o único responsável pela sua própria ascensão ou declínio social. Portanto, afastando-os do senso de solidariedade coletiva, autoidentificação como pertencente a uma determinada classe social, fazendo-se tão marcante no atual espaço-tempo.

Neste sentido, Montañó (2014, p. 66) afirma:

“Para além das reais finalidades econômicas (a geração de superlucros), e dos declarados objetivos sociais (a promoção do “bem-estar social” e a diminuição da pobreza), essas estratégias perseguiram objetivos político (afastar a influência dos projetos socialistas das massas). Assim, se a CEPAL visava politicamente inibir a influência que poderia ter a experiência soviética nas populações do chamado “terceiro mundo”, a Aliança para o progresso tinha como alvo político contrastar a influência da Revolução Cubana dos horizontes ideológicos das massas na América Latina”.

Foi nesse contexto histórico que surgiram as ONGs, em meados dos anos 1950 e 1980. Portanto, sendo elas apresentadas como organizações sociais articuladas e vinculadas aos movimentos sociais (esta última, como legítimas organizações populares). Dessa forma, as ONGs se constituem intimamente vinculadas aos movimentos populares, absorvendo destes, os objetivos e missões e incorporando-os como próprios, bem como repassando de maneira controlada, as verbas recebidas fundamentalmente da “Cooperação Internacional”, pois dada a relativa impossibilidade de destinar os recursos diretamente à população, as ONGs tornaram-se um dos canais fundamentais para esta intermediação, visando financiar os projetos desenvolvimentistas articulados às demandas sociais, políticas e até econômicas dos movimentos sociais.

2.2. O Programa de Reforma do Aparelho do Estado em 1995/1999.

Nota-se que, havia expectativas no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), ainda mais pelo fracasso durante o governo do Collor e na revisão constitucional, visando uma reforma do Estado. Após a promulgação da Constituição de 1988, houve, de certa forma, estabilização política e sobretudo, aprovação popular e tranquilidade diante da restauração dos direitos políticos. Além

disso, houve a rearticulação da política de centro-direita no parlamento, que possibilitou aprovar as medidas pretendidas da Reforma do Aparelho do Estado.

A inauguração do Plano Real deveria ser acompanhada da revisão constitucional, visando a reestruturação do Estado brasileiro, ou seja, logo após a revisão constitucional, alguns setores alegaram que a revisão foi frustrada e não atendeu a demanda do mercado. O governo do FHC se comprometeu, em seu programa de governo, realizar as mudanças necessárias na Constituição, a qual integraria a quarta fase do plano de estabilização econômica. (VISENTINI; 2006, p. 117).

O Programa de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), apresentava duas justificativas para sua implementação, ou seja, a de natureza estrutural e a de natureza conjuntural. A primeira, estaria interligada na razão ideológica, como na defesa da livre iniciativa (Estado mínimo), priorizando a “eficiência administrativa”, com a alegação que as empresas estatais seriam engessadas por terem sua gestão muito politizada (pouca eficiência de implementarem as políticas); a outra, seria na mudança dos setores estratégicos (O Estado não investir em setores de pouca importância e priorizar a esfera necessária de sua presença), além disso, havia como escopo o fortalecimento da iniciativa privada, ou seja, ofertar serviços do Estado para o mercado com diretrizes da livre iniciativa. A segunda, está vinculada na geração de credibilidade política econômica, ou seja, mostrarem aos investidores internacionais, a possibilidade de se investir no Brasil com mercados atrativos e alta possibilidade lucrativa, além disso, também há razoabilidade das limitações dos recursos públicos, com a inserção da lógica que o Estado não tem condições de investir e se deixar de fazê-lo terá como melhor atender as áreas sociais. (VISENTINI; 2006, p. 118).

O ex-Ministro Bresser Pereira coordenou o programa, além de ser um dos entusiastas da reforma, no governo do FHC, conforme ele mesmo discorreu sobre:

“[...] a burocracia pública só voltará a ter o prestígio e o poder que teve no período áureo do desenvolvimento brasileiro quando voltar a participar de uma nova estratégia nacional de desenvolvimento. Levar adiante a Reforma Gerencial é importante, esta é um meio: para que a ação da burocracia pública brasileira volte a ter pleno sentido é preciso também que os objetivos de desenvolvimento econômico e social sejam restabelecidos”. (PEREIRA; 2007, p. 14).

É notório que o programa de reforma estava em consonância com o projeto econômico do CEPAL (abordado no item anterior), ou seja, os agentes políticos participaram da política de classificação dos países em centrais e periféricos desenvolvimentistas, na qual a reunião denominou-se como “Consenso de Washington” e, após ela, incorporaram o projeto nos Estados sul-americanos. Neste sentido, corroborando com essa afirmação, Bresser Pereira (2007, p. 14), discorre sobre o projeto:

“[...] O Estado Nacional-Desenvolvimentista, entre 1930 e 1984, foi um Estado de transição que promoveu a industrialização com a alta burocracia pública, mas foi antes marcado pelo autoritarismo do que pela democracia. O Estado que hoje existe no Brasil é, no plano político, o Estado Democrático – e esse foi um grande avanço. Entretanto, do ponto de vista social e econômico, deixou de ser nacional e voltou a ser dependente: é um Estado Liberal-dependente incompatível com a retomada do desenvolvimento econômico”.

Dessa forma, tornou-se clara a subordinação do Estado brasileiro como um corpo integrante do programa do CEPAL, ou seja, dentre as classificações de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, o Brasil passou a cumprir atribuições dentro do bloco capitalista, como afirma Bresser Pereira (2007, p. 14) “o pacto político dominante passou a ser constituído por uma aliança dos rentistas ou capitalistas inativos com o setor financeiro [...] interessados em elevadas taxas de juros [...]”.

A demanda pela reforma era tão prioritária para os anseios da classe burguesa que, no mesmo dia da posse de Fernando Henrique Cardoso na Presidência da República, foi editada a medida provisória nº. 813/95, oriunda do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sendo seu titular o Luiz Carlos Bresser-Pereira, o qual foi inicialmente cotado para o Ministério das Relações Exteriores. Todavia, o novo ministério foi criado a partir da extinção da Secretaria da Administração Federal, vinculada a Presidência da República, que correspondeu à necessidade de criação de uma estrutura de governo apta para formular e corresponder as demandas da reforma, ensejando com isso, o afastamento direto do Presidente da República na responsabilidade da formulação da política de gestão e reforma do Estado, passando apenas a um mero moderador. (VISENTINI; 2006, p.119).

Notadamente, as forças políticas se articularam para a aprovação da reforma, sendo capitaneadas pelo vice-presidente Marco Maciel, ainda durante a transição,

havendo inclusive uma divisão de trabalho entre os partidos da base aliada da época, se incumbindo da concepção da reforma, o PSDB e o PFL, e a articulação do apoio político necessário para a sua aprovação. No entendimento das forças políticas dominantes, não bastava abrir espaços para a sociedade civil (leia-se setores empresariais) por iniciativas isoladas e de legislação infraconstitucional, mas sim, um esforço conjunto através de um reforço político, que culminasse em mudanças institucionais profundas acompanhadas de um ajuste fiscal. A demanda exigia uma reforma da Constituição de 1988. (VISENTINI; 2006, p. 120).

Para tanto, aponta Visentini (2006, p. 120), apud Fernando Henrique Cardoso (1995), no discurso do ex-presidente ao Congresso Nacional,

“A retomada do investimento supõe, por sua vez, confiança na estabilidade econômica e política do País, e mudanças institucionais que facilitem à iniciativa privada assumir plenamente seu papel de eixo dinâmico da economia [...] Por sua vez, o estabelecimento de uma nova relação entre o Estado e o setor produtivo não implica que a ação estatal deixe de ser relevante para o desenvolvimento econômico. O estado não sai de cena. Muda de papel. Suas funções de produtor direto passam para segundo plano, enquanto se reforça a autoridade para regular e fiscalizar as atividades transferidas para a iniciativa privada – notadamente os serviços essenciais”.

Os objetivos supracitados, no discurso do então presidente Henrique Cardoso, referem-se, fundamentalmente, na realização de mudanças profundas na Constituição. O programa visava alterações no aparelho e nas funções estatais, mas também consolidava um processo através do que o texto presidencial definia como a “desconstitucionalização” de determinadas matérias, tornando-as mais flexíveis, como aponta Visentini (2006, p. 121), “dizem respeito mais propriamente às políticas de governo do que às regras permanentes de funcionamento do Estado e aos direitos dos cidadãos, isso importando devolver à classe política a capacidade de administrar [...]”, neste sentido, através do voto democrático legislativo nas relações com o Executivo, ou seja, como resultado haveria flexibilidade dos instrumentos ordinários da ação do Governo.

Destarte, como justificativa para essas mudanças de flexibilização, Bresser Pereira (2007, p. 14-15) menciona:

“Havia necessidade, então, de uma mudança profunda das políticas econômicas para as quais a sociedade brasileira não estava preparada. As causas imediatas da grande crise eram a dívida externa contraída nos anos de 1970 e a alta inflação inercial que decorreu do uso da indexação dos preços [...]”.

O poder executivo encaminhou para o Congresso Nacional, as cinco primeiras propostas de emenda à Constituição Federal. Elas previam mudanças na ordem econômica como: o fim do monopólio estatal nas áreas de petróleo; energia elétrica e telecomunicações; bem como o fim da proibição de entrada de empresas estrangeiras na exploração de minérios e transportes de mercadorias e passageiros entre os portos brasileiros e; por último, a alteração da definição de empresa brasileira de maneira a equiparar o capital nacional ao estrangeiro. Observa-se que, as medidas constituíam o caminho necessário para as privatizações, ou seja, a transferência dos monopólios estatais (de interesse público) através de concessões para a exploração por empresas privadas. (VISENTINI; 2006, p. 121).

Percebe-se que, é a quebra do monopólio estatal nas principais áreas de interesse público, com exceção do monopólio do petróleo, pois havia comoção pela soberania nacional. O Poder legislativo não iria opor dificuldades para a sua aprovação, conforme as pesquisas da época. Em uma análise de conjuntura, houve uma contraofensiva liberal, para que as empresas privadas pudessem explorar as mais variadas áreas da sociedade, com o aval do Estado.

Dessa forma, no início de 1995, foram enviadas as quatro primeiras Emendas Constitucionais patrocinadas pelo Governo do FHC, sendo elas: 1) Emenda nº.5 permitia a concessão dos serviços estaduais de distribuição de gás canalizado; 2) Emenda nº. 6 extinguiu a diferença entre empresas nacionais e estrangeiras, abrindo as portas para a exploração do subsolo por qualquer empresa sediada no país; 3) Emenda nº.7 liberava a navegação de cabotagem por embarcações estrangeiras; 4) Emenda nº. 8 estabelecia a competência para União explorar os serviços de telecomunicações, todavia forneceu abertura para exercê-la direta ou indiretamente, mediante autorização, concessão ou permissão. (VISENTINI; 2006, p.122).

Importante frisar que, para serem aprovadas as emendas supramencionadas, foi necessário a prévia aprovação da Lei nº. 8.987/95 que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos insculpidos no Artigo 175 da Constituição Federal, abrangendo os efeitos para os monopólios estatais. Nesse sentido, o governo brasileiro da época, abriu a porta para a livre iniciativa, principalmente para o capital internacional, com a presença de firmas vinculadas as multinacionais, também expresso por Bresser Pereira (2007, p. 15):

“Só quando voltar a existir no país uma coalizão ampla, da qual façam parte central a alta burguesia industrial e alta burocracia pública, o Brasil poderá voltar a realmente se desenvolver [...] Enquanto isso não acontece, o país se manterá quase-estagnado – crescendo porque o capitalismo é dinâmico, mas vendo sua distância em relação aos países ricos aumentar ao invés de diminuir, como seria de se esperar”.

É perceptível que os agentes políticos e os setores da burguesia nacional, anuíram para a classificação do país como periférico em uma escala do capitalismo globalizado. É a inserção do capital estrangeiro especulativo e rentista na economia brasileira, e isso, resultaria no enfraquecimento da indústria, em investimentos de novas tecnologias e pesquisa, pois dentro do programa político-econômico não faria mais sentido, uma vez que os setores de exploração são outros, a dependência econômica de um país, agora classificado como periférico-dependente. A quinta proposta de emenda constitucional foi aprovada em novembro de 1995, pois tratava-se de pôr fim ao monopólio petrolífero do Estado. Essa emenda havia sido enviada junto com as demais, mas apesar das dificuldades internas das forças políticas vinculadas na base do governo, essa proposta tardou, mas foi aprovada. Na época, muito criticada, pois petróleo está intrinsecamente conectado à soberania de uma nação. (VISENTINI; 2006, p. 123).

A proposta de quebra do monopólio do petróleo encontrou dificuldades para tramitar no Congresso, sobretudo, devido à greve intensificada dos trabalhadores de base, os petroleiros impuseram diversos entraves, pois entendiam a importância do petróleo se manter sob a direção do Estado. Neste sentido, Visentini (2006, p. 123), aponta:

“[...] eclodiram no país greves nos setores eletricitário, telefônico, petroleiro e previdenciário sob o comando da Central Única dos Trabalhadores. A mais importante e mais longa foi a greve dos petroleiros. O Governo atuou em relação a ela procurando retirar seu caráter político. Primeiro, negou-se a interferir pessoalmente e desestimulou a negociação política. Depois passou a insistir na volta dos grevistas ao trabalho como condição para a negociação, a qual deveria ocorrer ao mesmo tempo em que o plenário do Congresso Nacional se preparava para votar a proposta de emenda constitucional sobre o monopólio do petróleo, por fim, confiou à justiça do trabalho a solução do conflito”.

Notadamente, os trabalhadores tentaram (mesmo que frustrados), resistir ao desmantelamento do monopólio estatal, pois é um dos recursos naturais mais valiosos no mundo moderno globalizado, é o petróleo. Além disso, é necessário para o

fortalecimento da soberania de um Estado, pois os recursos são socializados em toda economia nacional, desde a própria indústria interna, ao investimento em infraestruturas, numa visão macroeconômica, mas, com o fim do monopólio, os dividendos desse setor não seriam mais totalmente públicos, e sim, destinados para uma livre iniciativa fortalecida pós-reforma do aparelho do Estado.

A posição do Estado frente a resistência dos trabalhadores contra o desmonte estatal nos mais diversos setores econômicos, foi de “não interferência na economia”, ou seja, o poder executivo se manteve inerte frente as possibilidades de negociações com a classe trabalhadora, se isentando, aparentemente, dos conflitos das classes. Por outro lado, o outro braço institucional, o Poder Judiciário, não hesitou em declarar a ilegalidade da greve, com o aval do Superior Tribunal do Trabalho (TST); o governo ordenou ao Exército, a ocupação de quatro das onze refinarias da Petrobrás, com a justificativa de assegurar o cumprimento da Constituição e a prestação dos serviços públicos. (VISENTINI; 2006, p. 124).

Nota-se que, na cerimônia de lançamento das propostas de emenda, o ministro Bresser Pereira preocupou-se em esclarecer que não faria demissões vinculadas ao efetivo dos entes federativos, quando alegou que “essa mudança vai atingir muito mais os estados e municípios”, porém, a academia de estudos tributários alertou que as alterações visavam a centralização do controle tributário do país para Brasília e, contrariamente, Tarso Genro se posicionou à época: “Não é só uma questão de perda tributária. É de perda de poder. O poder volta para Brasília, mas é na porta da prefeitura que a população bate quando quer reivindicar alguma coisa”. (SOUZA; 2021, p. 133).

Assim sendo, menciona ainda Souza (2021, p.134):

“A queda da inflação, a renegociação das dívidas e a recessão econômica, no segundo semestre de 1995, fizeram com que as despesas com o pagamento de pessoal se tornassem proporcionalmente elevadas. Para os prefeitos e governadores, a nova conjuntura econômica impunha a necessidade de cortar gastos, o que se imaginava possível através de uma reforma administrativa que extinguisse o instituto da estabilidade e estabelecesse limites para a concessão de vantagens e gratificações aos servidores”.

O impacto da reforma do aparelho do Estado, não repercutiu somente na ordem tributária, mas também incidiria numa reforma administrativa para absorver os gastos

com a própria estrutura administrativa do Estado. Essas reformas refletiriam em todos os entes federativos e, conforme algumas previsões acadêmicas, as prefeituras agonizariam por recursos para se manterem.

A proposta de reforma administrativa foi convertida na PEC nº.173, sendo a 58ª versão do projeto elaborado pelo Ministro Bresser-Pereira, e culminou com o envio para o Congresso Nacional, após o consenso de alguns pontos da PEC pelas forças políticas, sendo eles: a exclusão da proibição de greve pelos servidores públicos; a inclusão da possibilidade de demissão por insuficiência de desempenho para os ocupantes de carreiras típicas, e além disso, se manteve a vedação de demissão por excesso de quadros, bem como a possibilidade dos aposentados poderem acumular proventos com a remuneração de cargos em comissão, e por último, a centralização do veto ao presidente da república sobre os aumentos salariais na esfera dos três Poderes. (VISENTINI; 2006, p.135).

Neste sentido, havia juristas e deputados que alertavam sobre a supressão de direitos insculpidos na Carta Magna, como afirma Visentini (2006, p. 135):

“[...] deputado Prisco Viana (PPB-BA), apontou a existência de oito dispositivos inconstitucionais, concluindo pela admissibilidade da emenda com alterações [...]. Para aprovação da proposta e derrubada do parecer do relator foram mobilizados os governadores dos estados, que firmaram documento declarando-se favoráveis à reforma. Além disso, foram utilizadas manobras regimentais para adiar a votação até que o governo tivesse garantido o número de votos suficientes de sua base parlamentar aliada. Ao final, a estratégia de votação adotada foi a aprovação do parecer, ocorrida em 31 de outubro de 1995, para depois efetuar-se a análise dos destaques apresentados pelo governo para tentar eliminar os pontos contrários à proposta original. Dentre esses, o governo obteve a derrubada, a manutenção da estabilidade pela diferença de 1 voto”.

A Reforma do Aparelho do Estado, demonstrou a necessidade do mercado em se adequar com o programa da CEPAL, no que tange a classificação dos países em centrais e periféricos-dependentes, ou seja, a reestruturação, segundo alguns setores, visava o incentivo ao crescimento econômico, porém, por outro lado, havia um enfraquecimento da indústria, da ciência e tecnologia nacional, uma vez que o mercado passou de desenvolvimentista para rentista de investidores da dívida pública. Houve, também, o enfraquecimento do Estado, uma vez que foi reduzida sua estrutura e seu campo de interferência, abrindo espaço para a livre iniciativa explorar os setores que, antes, era monopólio estatal.

2.3. A Gestão de Programas Sociais e as Parcerias.

Os liberais apostaram todas as expectativas, na década de 90, com a reforma do aparelho do Estado, no sentido de estimular a economia e uniformizar a política econômica conforme a resolutiva da conferência do CEPAL. O início dos anos 2000, foi marcado pela disputa acirrada do instrumento do Estado e o Partido dos Trabalhadores (PT), que era cada vez mais hegemônico na sociedade, pela corrida presidencial. Os setores da classe trabalhadora depositaram grandes expectativas por uma transformação social, caso o partido originário das classes subalternas, conquistasse o Poder Executivo.

Conforme o professor do Instituto de Economia da Unicamp, Plínio de Arruda Sampaio Jr. (2017, p. 46) aponta:

“Após anos de letargia, no final da década de noventa a sociedade brasileira começou a reagir ao duro flagelo da era neoliberal, que solapando as bases objetivas e subjetivas do Estado nacional, colocava no horizonte o espectro da reversão neocolonial”.

É sabido, que as reformas que ocorreram na década de 90, amargadas pela população brasileira, fizeram um processo de desindustrialização e enfraquecimento da autonomia de produção e desenvolvimento da tecnologia, sendo pontuado por Sampaio Jr., como uma reversão neocolonial, ou seja, como um país periférico dependente. Seguindo ainda, é dentro desse contexto histórico, que a sociedade, ansiosa por mudanças, se expressou nas urnas e elegeu com uma expressiva vitória, Luiz Inácio Lula da Silva nas eleições presidenciais em 2002, com o slogan final da campanha “a esperança venceu o medo”. A escolha por um líder sindical com um gabarito extenso de serviços prestados à classe trabalhadora, apoiado por uma coalizão de forças progressistas, forjadas no calor das lutas sociais e políticas contra a ditadura militar, das décadas anteriores, indicava que havia chegado um momento de buscar novos rumos para a sociedade brasileira. (SAMPAIO JUNIOR; 2017, p. 47).

A expectativa do bloco progressista que integrou a base da campanha de Lula, é que ele seria capaz de tomar as rédeas da nação, pois dispunha de um eleitorado de 55 milhões (que votaram no candidato do Partido dos Trabalhadores), ou seja, promover as medidas necessárias para cumprir as promessas de campanha, inclusive, de abandonar o receituário neoliberal de diminuição do Estado, bem como

começar a combater a pobreza e às desigualdades sociais nas mais diversas áreas. (SAMPAIO JUNIOR; 2017, p. 47). O que de fato não ocorreu. Houve, um pacto com a burguesia nacional pela manutenção das reformas, ou no caso, como foi chamado pelo Sampaio Jr. (2017, p. 52) “Lula da Silva aposta na reciclagem do modelo neoliberal”, mantendo as estruturas da reforma neoliberal, porém com uma redistribuição de renda mínima.

“Passados três quartos do mandato de Lula da Silva, é evidente o sentido mais geral de suas políticas: trata-se de recompor a consistência estrutural do modelo econômico. Sem coragem para enfrentar os interesses externos e internos que sustentam a ordem estabelecida, o governo do PT converteu-se no contrário do ortodoxo, aceitando docilmente a tutela do mercado financeiro e dos organismos financeiros internacionais sobre a política econômica. O cerne desta estratégia consiste em recuperar a confiança do capital internacional, condição sine qua non, no discurso oficial, para viabilizar a reciclagem das dívidas externa e interna e, assim evitar o encilhamento financeiro do país”. (SAMPAIO JUNIOR; 2017, p.52).

O governo seguiu os ditames da agenda econômica e recomendações do FMI e isso foi demonstrado pela prioridade absoluta na estabilidade da inflação, na condução da política monetária e cambial, na busca por superávits comerciais crescentes para cobrir os compromissos com a dívida externa, além da aplicação do ajuste fiscal permanente para honrar os compromissos da dívida pública, a transferência de setores públicos para o mercado, também refletindo na abertura de grandes negócios para o capital internacional, bem como o ataque sistemático aos direitos dos trabalhadores e, por último, o esforço das forças do governo para aprovação da reforma da previdência, no início dos anos 2000. (SAMPAIO JUNIOR; 2017, p. 52).

É unânime que houve uma continuidade nas diretrizes da contrarreforma do Estado de Bresser Pereira, ocorrida em 1995, e reeditadas nas variadas formas da política de privatização da gestão, sobretudo, nas unidades públicas de saúde.

Segundo aponta ANDREAZZI et al (2014, p. 502):

“No campo das políticas sociais, inclusive a saúde, destaca-se a ênfase em programas focais como o Bolsa Família, além de outros, como os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Identifica contradições no governo Lula, mas com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social”.

Notadamente, no segundo mandato (2005), com as perspectivas de continuidade da administração Dilma (2011), houve a ênfase numa política de franco subsídio do Estado ao mercado, na esfera do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). No entanto, no caso da saúde, o Programa Mais Saúde do Ministério da Saúde, criado entre 2007 e 2011, com a perspectiva de caracterizar o setor da saúde como uma produção de riqueza, já que recebe uma parcela do orçamento do Estado, o chamado Complexo produtivo, conforme menciona ANDREAZZI et al (2014, p. 503):

“[...] Metas do programa implicaram uma aceleração da construção de novos equipamentos de saúde, como as unidades de pronto atendimento (UPAs), muitas delas gerenciadas por OSs. Outras estratégias inovadoras, tais como parcerias público-privadas para investimentos na atenção à saúde e Fundação Estatal de Direito Privado, passam a fazer parte do vocabulário corrente do Ministério da Saúde”.

É importante frisar que, as diretrizes da contrarreforma do Estado na saúde, no seu elemento de modelos de gestão de unidades públicas, se materializaram por meio de leis federais, mas também das leis estaduais e municipais. As legislações, nas três esferas federativas, trataram sobre a criação das OSs (Organizações Sociais) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). No plano federal, as leis nº. 9.637/98 e 9.790/99, foram promulgadas sem resistência da sociedade civil. (ANDREAZZI, BRAVO; 2014, p. 503). Neste sentido, Sampaio Júnior. (2017, p. 52) menciona:

“[...] Seguindo à risca as recomendações do FMI, Lula da Silva aprofundou as reformas liberais, transformando o Brasil num verdadeiro paraíso dos grandes negócios. Sob a consigna “tudo pelo capital”, à burguesia e aos endinheirados, a administração petista ofereceu vantagens: megassuperávits primários, populismo cambial, taxas de juros estratosféricas, arrocho salarial, reforma da previdência social, gigantescos saldos comerciais, lei de falência [...], Parcerias Público-Privadas [...]”.

O mecanismo de imposição para que os Estados e Municípios aderissem a essas mudanças foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n. 101/2001), que impôs um teto de 56% da receita corrente líquida com despesas de “pessoal”, criando condições financeiras relativas aos gastos com a saúde, ou seja, delimitou o quanto os demais entes federativos podem destinar para recursos, sobretudo, da força de trabalho empregada para efetivação de determinada política pública. É sabido que, foi um dos instrumentos que efetivaram a contrarreforma

neoliberal que, sobretudo, cerceou os demais entes federativos, conforme aponta ANDREAZZI et al (2014, p. 504) “há razoável consenso de que foi uma das molas mestras da política financeira neoliberal [...]”. No mais, algumas posições de constitucionalistas, a lei complementar avançou sobre a autonomia dos entes federativos.

Assim, o documento emitido pelo Banco Mundial em 2007, defendeu a proposta que as principais deficiências que afetam a qualidade do cuidado nos hospitais públicos brasileiros, estavam relacionadas às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e equipamentos e insumos médicos, ou seja, está correlacionado às limitações impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal que, como resultado, viabilizou o enxugamento do Estado frente às demandas expansionistas para a efetivação das políticas públicas elencadas na Carta Magna. (ANDREAZZI, BRAVO; 2014, p. 504)

Neste sentido, Sampaio Júnior. (2017, p. 53) aponta:

“Convertido à filosofia do Banco Mundial, o governo do PT abandonou toda veleidade de combater as desigualdades sociais e eliminar a pobreza. Ao aderir à lógica das políticas compensatórias, a administração Lula da Silva passou a atuar sobre os efeitos dos problemas sociais e não sobre as suas causas, contentando-se em minorar o sofrimento do povo, dentro, evidentemente, das limitadíssimas possibilidades orçamentárias geradas pelo ajuste fiscal permanente [...]”.

Ressalta-se que, quando o autor, Plínio Jr, se refere ao programa de ajuste fiscal permanente é sobre a reforma do aparelho do Estado, ou seja, um ajuste orçamentário perpétuo na política do Estado. É certo que o discurso utilizado para as novas organizações privadas na gestão de setores públicos, seria o maior profissionalismo nas funções públicas, tendo em vista o apertado orçamento público dos entes federativos, como aponta Andreazzi et al apud Nogueira (2010, p. 36):

“Reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta, limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente; dificuldades de incorporação de pessoal mais qualificado e de certas especialidades, inclusive porque alguns profissionais, a exemplo dos anestesistas e oftalmologistas, recusam-se a prestar concurso público ou prestam, mas não assumem as vagas disponíveis”.

A contrarreforma neoliberal, conduzida na década de 90, se propôs efetivar a execução das políticas públicas de saúde por uma gama de instituições “não governamentais”, ou, no caso, “não lucrativas” e direcionadas para o desenvolvimento social. Nota-se que, essas entidades estão voltadas especialmente para setores não considerados atividades exclusivas do Estado, ou competitivos, inclusive, a prestação de serviços de saúde foi classificada no Plano Diretor da Reforma do Estado, proposta pelo ex-Ministro Bresser Pereira. Originou-se em uma “esfera pública não estatal”, constituídas por organizações da sociedade civil de interesse público, na qual muitos inauguraram o discurso como uma era pós-burocracia, no sentido de preferir dinamismo na gestão, e que colocaria o fim nas mazelas da burocracia do Estado. (ANDREAZZI, BRAVO; 2014, p. 504).

Segundo Andreazzi et al (2014, p. 505):

“Em 2007, de setenta OSs criadas no país, a saúde era o maior setor contemplado, com 25 organizações, 16 delas em São Paulo, uma no Espírito Santo, três na Bahia, três no Pará e uma em Goiás. Informações preliminares colhidas na mídia impressa e eletrônica mostram que esse processo tem se acelerado nos últimos anos, com surgimento de organizações sociais em Santa Catarina, novas OSs no Pará e, recentemente, em Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Goiás e Distrito Federal”.

A tendência dessas organizações é cada vez mais aumentar, embora essas experiências não tenham se dado sem contradições. No âmbito do judiciário, existem várias interpretações que questionam sua legalidade e legitimidade. Por outro lado, há resistência da classe trabalhadora e da sociedade civil em geral, sobretudo, dos trabalhadores da saúde quanto à sua implementação, pois há o receio da não garantia dos direitos trabalhistas para estes profissionais. No entanto, com exceção de São Paulo, onde a implantação das OSs já é antiga, seus impactos ainda são pouco documentados, porém já existem inúmeros processos judiciais nos Tribunais de Justiça, quanto aos repasses públicos, rendimentos e contratação de trabalhadores. (ANDREAZZI, BRAVO; 2014, p.505).

Neste sentido, Andreazzi et al (2014, p. 505), expõe:

“Diversos fatos que contestam o profissionalismo e ausência de práticas patrimonialistas a partir da implantação das OSs vêm sendo apresentados. [...] junho de 2008, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito na Assembleia Legislativa de São Paulo sobre remuneração dos serviços médico-hospitalares. Raul Marcelo, deputado estadual pelo PSOL/SP foi o sub-relator sobre OSs [...]. Alguns resultados a que chegou essa Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) serão a seguir apresentados. Quanto ao

pessoal, a definição sobre contratação, sem qualquer forma de vínculo, é de decisão exclusiva da OS [...]”.

A CPI apontou uma inequívoca flexibilização das relações de trabalho, com altos índices de rotatividade apresentados. Os programas de educação permanente, ou de capacitação profissional, ficam comprometidos em sua aplicabilidade, tendo em vista a instabilidade funcional dos empregados, sendo que é importante pelo constante dinamismo tecnológico. Outro fato apontado, está correlacionado aos critérios de escolha das OSs pelo Poder Executivo, um dos aspectos mais criticados pelo Legislativo, pois esse tipo de contratação dispensa o processo licitatório por ser atribuição discricionário do Executivo.

Destarte, conforme auditoria técnica realizada pelo Tribunal de Contas do Município de São Paulo, na época sob a gestão do governo de Gilberto Kassab (2006-2012), noticiada no Jornal O Estado de S. Paulo (O Estado de S. Paulo 2010) assinalou que:

“[...] a Prefeitura de São Paulo não teve controle sobre o total de R\$. 1,4 bilhão que saíram dos cofres municipais, em 2009, para o pagamento dos serviços feitos pelas OSs na área da saúde. Apesar da existência de um órgão na Secretaria Municipal da Saúde para o monitoramento e avaliação das OSs - o Núcleo Técnico de Contratação de Serviços em Saúde -, há problemas no controle e na fiscalização das entidades”.

No Governo do Distrito Federal, sob a gestão do governador José Roberto Arruda (gestão 2007-2010), o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público de Contas do D.F (Redação Mais Comunidade 2010), apontaram diversas irregularidades no Hospital Santa Maria, gerido pela Real Sociedade Espanhola, sendo citado como irregular: “[...] falta de planilhas de custo, denúncias de improbidade administrativa contra os gestores da OS, pendências com Tribunal de Contas e salários altos pagos a diretores [...]”. (ANDREAZZI, BRAVO; 2014, p. 506).

Nota-se que, as irregularidades no Hospital Santa Maria (DF), motivaram a intervenção da Secretaria de Saúde, mediante Termo de Ajustamento de Conduta, subscrito pelo Ministério Público. As contradições, se apresentam na prática, ou seja, há um dilema a ser enfrentado: em que medida as OSs se limitariam a ser parte de uma esfera quase pública, ou seja, como o terceiro setor se enquadraria, não sendo nem estado e nem mercado?

O Relatório da CPI da Assembleia Legislativa de São Paulo apontou que sob o guarda-chuva do estatuto jurídico de organizações sem fins lucrativos, há exigência da legislação para ser certificada pelo Estado e conquistar o status de “organização social”, conforme pontua Andreazzi et al (2014, p. 507):

“[...] abriga-se uma intensa contratação de serviços específicos para empresas lucrativas: o relatório se refere a ‘quarteirização’ e até ‘quinteirização’ dos serviços prestados. Ao terem a permissão de contratar todo tipo de serviços, sem controle público, o que ocorre é que empresas que prestam serviços hospitalares são convidadas a atuar dentro dos hospitais públicos e subcontratam outras”.

De acordo com o relatório do SindSaúde-SP (Sindicato dos Trabalhadores Públicos na Saúde – SP), existem casos de terceirização de atendimento laboratorial na rede pública, por meio do terceiro setor, segundo o diretor-executivo do sindicato, sobre o funcionamento dos laboratórios: “os centros estaduais de análises clínicas (responsáveis por serviços laboratoriais na rede pública) são administrados por uma OS, que por sua vez contrata os serviços de uma empresa privada”. (ANDREAZZI, BRAVO; 2014, p. 507).

Neste sentido, os relatórios chegam à conclusão pela manutenção e amplificação dessas práticas, porém, a contradição se instala quando é aberta a margem para o favorecimento, acordos e relações partidos e parlamentares com o terceiro setor, financiamento de campanhas, entre outros. Ou seja, seria o aprofundamento do patrimonialismo.

Nota-se que, após a reforma do Estado, se implementou o terceiro setor como é conhecido atualmente, porém, somente nas duas primeiras décadas do século XXI, se proliferou para os demais entes federativos. As evidências preliminares apontam que há diversas contradições sobre sua eficiência e desburocratização. Ocorrendo na verdade, até quarteirizações entre as próprias OSs, desrespeito com legislação trabalhista e desmantelamento da capacitação dos profissionais da saúde que vivenciam instabilidades profissionais, tornando-se prejudicado o aperfeiçoamento. Com o tempo, foi demonstrado que o entusiasmo, na época de sua implantação no Plano Diretor da Reforma de Bresser Pereira e na política de continuidade dos governos Lula-Dilma, tornou-se verdadeiro amargor para realidade imposta aos brasileiros.

2.4. As diferenças entre Delegação: Permissão, Concessão, Termo de Parceria (Oscip) e Contrato de Gestão (Os).

Trata-se das previsões normativas e conceitos da administração pública. Neste sentido, a Carta Magna inaugurou direitos à cidadania inerente aos seus cidadãos; devendo ser ofertado pelo Estado, ou seja, através do acesso da população aos serviços públicos, muitos deles, insculpidos por diretrizes universais e integrais, como no caso do SUS. Os serviços públicos podem ser exercidos através da administração direta ou indireta, conforme pondera Celso Bandeira de Mello (1999, p. 399):

“Serviço público é toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material fluível diretamente pelos administrados, prestados pelo Estado ou por quem lhe faça as vezes, sob um regime de direito Público, portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais – Instituído pelo Estado em favor de interesses que houver definido como próprios no sistema normativo”.

A conceituação, apontada por Celso Bandeira de Mello, é que o Estado pode delegar esses serviços ou exercer diretamente, na qual o interesse público seria um elemento subjetivo, ou seja, a atividade prestada pelo poder público pode ser diretamente ou, por quem lhe faça as vezes. Sendo assim, de natureza de direito público, sob a primazia principal da manutenção do interesse coletivo. Além disso, a administração pública é norteadada por princípios, que refletem nos atos administrativos e em toda a estrutura do Estado. Destarte, os princípios embasam a administração pública, sendo esses: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

O princípio da legalidade tem o alcance totalmente diverso do princípio da legalidade que protege os particulares contra o Estado, vez que este decorre do art. 5, II da Constituição Federal: “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. Deste modo, esse direito individual garantido aos particulares, significa que estes podem fazer tudo aquilo que não for proibido por lei, decorrendo, portanto, o âmbito penal conforme disciplina o inciso XXXIX do mesmo artigo:” não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal”. No entanto, no tocante da administração pública, o efeito é inverso, ou seja, uma vez que essa só pode fazer aquilo que estiver previsto ou autorizado em lei, só podendo agir segundo a lei (*secundum legem*), neste sentido, não agir contra a lei (*contra legem*), ou até mesmo, além da lei (*praeter legem*). Isso ocorre porque,

sendo Administração uma coisa abstrata, não tem vontade própria, sendo assim, a vontade da administração passa a ser da vontade única da lei. (KNOPLock. 2013, p.64).

O princípio básico da impessoalidade significa que o administrador deverá agir sempre de forma impessoal, isenta, imparcial, visando alcançar o interesse público, o bem da coletividade, e não agir de forma pessoal visando prejudicar ou beneficiar alguém, seja uma terceira pessoa, seja ele próprio. (KNOPLock; 2013, p.65).

O princípio da moralidade diz respeito à atuação dos agentes públicos, que deverá sempre se pautar pela ética. A administração e seus agentes devem atuar não apenas com vistas na lei, mas sobretudo buscando preservar a moral, os bons costumes e a justiça, ou seja, é o conjunto das regras finais e disciplinares suscitadas não só pela distinção entre o bem e o mal, mas também pela ideia geral de administração e de função administrativa. (KNOPLock; 2013, p.66).

Os atos praticados pela administração pública devem ser de natureza pública, ou seja, com transparência, do conhecimento de todos, com exceção dos atos cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, conforme disciplina o art. 5º, XXXII, da Constituição Federal,

“todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”.

O 7º princípio da publicidade encontra-se regulado pela Lei nº. 12.527/2011. A administração pública deve preservar as informações particulares de terceiros a que tiver acesso, tal como nos atos praticados pela Fazenda Pública, que devem resguardar o sigilo fiscal dos contribuintes, portanto, não devendo se confundir publicidade com publicação. A publicação de um ato significa que o mesmo deve ser veiculado no Diário Oficial, no entanto, vários atos que não são de interesse geral podem adquirir publicidade apenas no âmbito necessário. (KNOPLock; 2013, p.66).

⁷ O Código de ética do servidor público civil federal, Decreto nº.1.171/94, dispõe: “salvo os casos de segurança nacional, investigações policiais ou interesse superior do Estado e da Administração Pública, a serem preservados em processo previamente declarado sigilo, nos termos da lei, a **publicidade** de qualquer ato administrativo constitui requisito de eficácia e moralidade ensejando de sua omissão comprometimento ético contra o bem comum imputável a quem a negar”. (grifo do autor)

O princípio da eficiência foi acrescido à Constituição Federal através da reforma administrativa, promovida pela Emenda Constitucional nº.19/1998, visando exigir que a Administração Pública, como um todo, funcione de forma mais eficiente, preocupada com seu desempenho e em alcançar resultados cada vez mais positivos, procurando a busca pela maior produtividade, em contraposição de velhos hábitos e rotinas burocráticas. (KNOBLOCK; 2013, p.68).

É correto afirmar que, também há o princípio da supremacia do interesse público sobre o interesse particular, uma vez que o Estado representa toda a coletividade, o interesse da Administração deve ser entendido como interesse de todos e, portanto, deve prevalecer quando em conflito com determinado interesse particular, desde que sejam respeitados os direitos individuais etc. Neste sentido, conforme pontua Knoplock (2013, p.70):

“O Direito Administrativo se resume, então, ao estudo de dois grandes grupos de princípios opostos: o primeiro deles, encabeçado pelo princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, serve para garantir prerrogativas e privilégios à Administração Pública [...] O segundo grupo serve para impor sujeições, limitar as prerrogativas da Administração, obrigando-a a respeitar os direitos individuais”.

Notadamente, a Administração Pública pode ser entendida em dois sentidos: amplo ou estrito. Em sentido amplo (*latu sensu*), a Administração Pública compreende os órgãos governamentais, incumbidos de planejar, comandar, traçar diretrizes e metas (exercendo uma função política), e os órgãos administrativos, responsáveis por executar os planos governamentais (exercendo a função administrativa) e, do outro lado, em sentido estrito (*stricto sensu*), compreende apenas os órgãos administrativos, em sua função puramente administrativa, ou seja, a Administração Pública, em sentido amplo, agrega as funções administrativa e política, enquanto em sentido estrito abrange apenas a função administrativa, sejam essas funções desenvolvidas por qualquer dos poderes. (KNOBLOCK; 2013, p.09).

Além disso, a Administração Pública é compreendida em sentido subjetivo e em sentido objetivo. Neste contexto, o subjetivo está relacionado aos sujeitos que integram a Administração, que desempenham todas as atividades administrativas (orgânico), sendo assim, o conjunto de órgãos e entidades incumbidos de exercer a função administrativa. Portanto, a Administração direta constitui os serviços integrados na estrutura administrativa e, a administração indireta são as autarquias,

fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista, conforme pontua Knoplock (2013, p. 10):

“[...] Isso quer dizer que compete a cada Estado e Município optar pela criação ou não de uma autarquia, fundação pública, empresa pública ou sociedade de economia mista em seu âmbito, desde que atendam as determinações constitucionais acerca de cada espécie [...]”.

Deste modo, a Administração Pública em sentido objetivo (material – funcional), busca o objeto das atividades administrativas exercidas, ou seja, a própria função administrativa. Conforme pontua a doutrina, tem abrangência nas atividades de serviço público, polícia administrativa, fomento e intervenção. O serviço público refere-se às atividades executadas, direta ou indiretamente, a fim de satisfazer as necessidades da coletividade, sob regime público.

A polícia administrativa está relacionada às restrições impostas pela Administração, às liberdades individuais sempre em prol da coletividade. Portanto, quando há exigência da licença de construção, é o poder de polícia administrativa que concede ou limita os direitos individuais sob a primazia do interesse coletivo. (KNOPLock; 2013, p.11). O fomento significa incentivo à iniciativa privada, no sentido de atuar em áreas do interesse público, desempenhando atividades de utilidade pública, podendo também a Administração Pública, conceder alguns incentivos fiscais. Por último, a intervenção administrativa está disciplinada no Art. 173 da Constituição Federal, na qual dispõe “a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei”, ou seja, é quando a Administração pública interfere ou se presta a atuar diretamente nessas áreas ou quando ela se limita a regulamentar e fiscalizar aquelas atividades prestadas pelas empresas privadas e, quanto a regulação pelo Estado, ela pode ser exercida por diversas formas, sejam elas por agências reguladoras, importantes para o controle dos serviços delegados pelo Estado ou empresas privadas. (KNOPLock; 2013, p.11).

A Administração Pública também é classificada em dois fenômenos: a desconcentração e descentralização. Ocorre a desconcentração, quando há distribuição interna de competências no ente federativo, ou seja, é natural que o chefe do Poder Executivo não possa concentrar em si e acompanhar diretamente todas as esferas do poder, conforme as matérias que são de competência do executivo: saúde,

educação, cultura entre tantas outras. Então, mostrou-se necessária essa desconcentração, técnica, pela qual se distribui a competência federal dentro da mesma pessoa jurídica, havendo, portanto, a criação de órgãos sem personalidade jurídica e com subordinação hierárquica ao ente federativo (possuidor de personalidade jurídica). (KNOPLOCK; 2013, p. 11).

Já a descentralização ocorre quando se percebe a necessidade de atribuir uma tarefa administrativa a outra pessoa jurídica, ou seja, distinta, para que esta possa executar o serviço com mais autonomia, não estando subordinada àquela pessoa jurídica que descentralizou a tarefa (Administração Pública), pois há mais liberdade para planejar e executar as tarefas inerentes. A descentralização pressupõe sempre a existência de outra pessoa, natural ou jurídica. (KNOPLOCK; 2013, p.12).

Nesse mesmo sentido, pontua Patrícia Duarte Costa Menta (2008, p. 42):

“Essa descentralização pode ocorrer por outorga – também chamada de descentralização por serviço, que ocorre quando o Estado transfere a titularidade e a execução de serviços públicos para pessoas jurídicas com personalidades próprias criadas ou autorizadas por lei pelo próprio Estado, o que não se confunde com a Administração Pública direta [...]”. Seguindo ainda com a conceituação,

“[...] descentralização por delegação, que ocorre quando se transfere apenas a execução do serviço público para particulares, entendidos como pessoas jurídicas de direito privado, [...], seja pela ineficiência do Estado na satisfação dos interesses da coletividade [...]”. (MENTA. 2008; p. 42).

Destarte, em certos casos, é mais interessante para os agentes políticos atribuírem determinadas atividades, que é de competência do Estado, a alguma empresa privada, para que a exerça como atividade econômica, remunerando-se diretamente pela cobrança de tarifas ao usuário, atribuindo a Administração Pública o papel de fiscal daquele serviço, certificando-se sobre a qualidade do serviço prestado, os valores e os direitos do usuário.

As entidades paraestatais, conforme ensinava o professor Hely Lopes Meirelles, eram pessoas jurídicas de direito privado, criadas a partir de autorização por lei, para realização de atividades de interesse coletivo, como as empresas públicas, as sociedades de economia mista e as fundações públicas de direito privado. Todavia, não há mais a confusão de entendimento, pois as edições mais recentes de professores da esfera administrativa, entendem que essas empresas públicas,

fundações e sociedades de economia mista integram a Administração Pública indireta, portanto, não se confundindo com as entidades paraestatais.

Há uma confusão quanto a classificação das paraestatais, seja por causa de doutrina ou lei antiga ainda vigente. Quando se referem a paraestatais querem fazer alusão às empresas públicas, sociedades de economia mista etc. Existem várias pessoas jurídicas criadas por particulares, sem nenhuma relação com o Poder Público, visando atuar na prestação de atividade social, ou seja, a Organização Não Governamental -ONG, refletindo bem esse conceito, de uma organização em prol de determinado fim social e não pertencente a nenhum governo. (KNOBLOCK; 2013, p.41).

O credenciamento de entidade paraestatal, é quando essas pessoas jurídicas procuram o Estado visando colaborar com ele assistindo à coletividade. Essas recebem um título de entidade paraestatal, ou seja, o Estado passará a então subsidiar, incentivar, fomentar as atividades desenvolvidas por essas entidades privadas, ao mesmo tempo que também deverá fiscalizá-las a fim de garantir, sobretudo, a manutenção da não lucratividade das mesmas e a efetiva prestação da atividade social. A terminologia da palavra paraestatal é formada pelos elementos para (de paralelo) e estatal, ou seja, são entidades que atuam paralelamente ao Estado, lado a lado, não fazendo parte de sua estrutura.

Segundo ainda, a conceituação de Celso Antônio Bandeira de Mello (2013, p. 41):

“pessoas privadas que colaboram com o Estado desempenhando atividade não lucrativa e à qual o Poder Público dispensa especial proteção, colocando a serviço delas manifestações de seu poder de império, como o tributário, por exemplo. Não abrange as sociedades de economia mista e empresas públicas; trata-se de pessoas privadas que exercem função típica (embora não exclusiva do Estado), como as de amparo aos hipossuficientes, de assistência social, de formação profissional (Sesi, Sesc, Senai)”.

Os serviços sociais autônomos são entidades instituídas por lei, com personalidade jurídica de Direito Privado, que prestam assistência ou ensino a certas categorias sociais, sendo mantidas por contribuições parafiscais, como Senai, Sesi, Senac e Sesc. No entanto, elas não são diretamente criadas por lei, as leis apenas atribuem às Confederações Nacionais o encargo de criá-las, como por exemplo: a Confederação Nacional da Indústria, com a criação do Serviço Social da Indústria –

Sesi, ou até mesmo, a Confederação Nacional do Comércio, com a criação do Serviço Social do Comércio – Sesc.

As Fundações de apoio, por outro lado, são pessoas jurídicas de direito privado, sem finalidade lucrativa, constituídas na forma de fundação, visando a prestação de serviços sociais, através da assinatura de convênios com a Administração Pública. A previsão normativa está na Lei nº. 8.958/1994, conforme dispõe em seu artigo 1º, §1º “Para os fins [...] entendem-se por desenvolvimento institucional os programas, projetos, atividades e operações especiais [...]”, ainda como a função das fundações, editada para permitir convênio com as instituições federais de ensino superior de pesquisa científica e tecnológica, possam contratá-las com dispensa de licitação nos termos do art. 24, XIII, da Lei nº. 8.666/1993.

Deste modo, a referida lei dispõe sobre as instituições federais contratantes e poderão autorizar a participação de seus servidores nas atividades realizadas pelas fundações de apoio e, que poderá utilizar bens e serviços da instituição federal, mediante ressarcimento. As universidades, por exemplo, contratavam serviços externos de laboratórios particulares de pesquisa e passaram a firmar convênios com fundações de apoio, instaladas dentro das universidades, que, por não terem fins lucrativos, prestam aquele serviço com um custo bem menor para a universidade.

Notadamente, outras fundações de apoio têm sido criadas para atuar na área de saúde, junto aos hospitais públicos, pois muitas delas são constituídas por técnicos e pesquisadores (vários deles servidores do próprio hospital), assim os contratantes poderão autorizar a participação do seu quadro de funcionários, além da utilização da infraestrutura.

As Organizações Não Governamentais (sem fins lucrativos), com atuação na área do ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura ou saúde, se habilitam perante a Administração a fim de obter o título de organização social, que é concedido por ato administrativo discricionário, conforme pontua Knoplock (2013, p.43).

É importante frisar que, o vínculo com Administração por meio do contrato de gestão, o qual define as obrigações da Organização Social com o Poder Público, também cumprirá o papel para que seja feito um controle sobre a entidade, conforme a Lei nº. 8.666/1993, art. 24, XXIV, sendo dispensável a licitação para a celebração

de contratos na prestação de serviços pelas organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo para atividades contempladas no contrato de gestão.

Isso significa que a partir da qualificação da entidade privada como organização social, no nível federal, a União lhe atribuirá diretamente a prestação de um serviço de interesse coletivo, sem a elaboração de licitação pública, independentemente do valor negociado. De fato, o mesmo ocorrerá na esfera Estadual e Municipal, desde que cada um desses entes federados qualifique a organização em sua esfera de competência. No âmbito federal, as organizações sociais estão previstas na Lei nº.9.637/1998, bem como os Estados e Municípios deverão promulgar suas próprias leis, podendo adotar como modelo a previsão federal. (KNOBLOCK; 2013, p.44).

Destarte, é necessário ressaltar que a dispensa de licitação se refere somente à contratação da organização social pela Administração, pois a organização social, é como uma entidade privada e poderia, a princípio, contratar livremente qualquer empresa para lhe prestar serviços ou fornecer bens, conforme dispõe o art. 17 da Lei nº.9.637/1998: “regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para comprar com emprego de recursos provenientes do Poder Público”.

Verifica-se que, o STF em 01/8/2007, indeferiu pedido de cautelar em Ação Direta de Inconstitucionalidade, mantendo a Lei nº.9.637/1998, visando a contratação com dispensa de licitação prevista no art. 24, XXIV da Lei nº.8.666/1993, ou seja, o Supremo Tribunal Federal ressaltou inclusive a importância dessas entidades, citando como exemplo de sucesso de organização social a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (ADI nº. 1.923).

Ademais, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, que atuam em alguma das áreas enumeradas em lei, portanto, constituindo serviços sociais não exclusivos do Estado, devendo passar pelo crivo da qualificação pelo Poder Público, obtendo o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP, sendo fomentado pelo incentivo do Estado. (KNOBLOCK; 2013, p.45).

A Lei que criou a OSCIP (Lei nº. 9.790/1999), foi muito cautelosa comparada com a lei sobre organização social (Lei nº.9.637/1998), pois visou enumerar

taxativamente várias entidades que não poderiam ser qualificadas como OSCIP (exemplo: sindicato, fundações públicas, cooperativas, organizações sociais etc.), além de definir expressamente o que se considera “atividade sem fins lucrativos” e, sobretudo, exigiu que as entidades privadas existissem previamente à qualificação, ao dispor que elas deverão apresentar, entre outros documentos, o balanço patrimonial e os resultados de seu exercício, além da declaração de isenção do Imposto de Renda. (KNOPLOCK; 2013, p.45).

As OSCIPs, são de fato, entidades privadas preexistentes que poderão prestar determinados serviços sociais contando com o incentivo do Poder Público, com vínculo instituído por termo de parceria, ao contrário das organizações sociais, que são criadas com o fim específico de absorver atividades públicas, privatizando a Administração e, como resultado, extinguindo os órgãos públicos.

Segundo pontua Knoplock (2013, p. 45):

“As contratações de bens e serviços feitas pela Oscip, no nível federal, também exigem licitação pública, nos termos do Decreto nº.5.504/2005, tal como para as organizações sociais, entretanto, não existe hipótese legal de dispensa de licitação para a contratação de Oscip pela Administração”.

A lei dispõe sobre os critérios das pessoas jurídicas de direito privado se qualificarem como Oscip, afirma Knoplock (2013, p.46):

“Podem qualificar-se como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos por esta lei [...], a outorga da qualificação prevista neste artigo é ato vinculado ao cumprimento dos requisitos instituídos por esta Lei”.

Os requisitos procedimentais, também estão previstos em lei, conforme estabelece que deverá ser formulado um requerimento escrito ao Ministério da Justiça, que terá o prazo de 30 dias para decidir, podendo inclusive, indeferir o pedido quando a requerente não atender os requisitos expressos nessa lei, ou se a documentação exigida estiver incompleta.

Neste sentido, menciona Knoplock (2013, p.46):

“[...] a outorga da qualificação é ato vinculado, independente de juízo administrativo quando a sua oportunidade e verdadeiro direito subjetivo do requerente, vinculado apenas ao cumprimento dos requisitos legais pela entidade privada. Além disso, a lei não especifica como se dará o incentivo à Oscip, ao contrário da lei sobre as organizações sociais, dispondo sobre cessão de recursos financeiros, bens públicos e servidores”.

É compreensível a intenção do legislador na criação desses dois diplomas legais. No primeiro caso, caberá ao Estado qualificar uma entidade como organização social quando lhe convier, podendo transferir-lhe bens e pessoal, diminuindo os órgãos da Administração Pública e, de outro lado, no segundo caso, é direito subjetivo de qualquer entidade privada civil, observando a definição caso a caso, entre Administração Pública e a Oscip, na prestação do serviço social e como fará o incentivo público.

A delegação dos serviços públicos para o particular, é uma questão de interesse político e econômico. Sendo assim, não é fundamento hábil e sólido para dinamizar a eficiência, na execução dos serviços públicos que foram atribuídos originalmente ao Estado, após a Constituição de 1988. Neste contexto, demais doutrinadores afirmam que os agentes políticos não visaram com tamanha profundidade em melhorar mecanismos já existentes, no aparelho do Estado, conforme afirma Sílvio Luís Pereira da Rocha (2003, p. 21) “a determinação concreta das atividades particulares que devem ser fomentadas é uma questão política de conveniência e oportunidade, que escapa do campo estritamente jurídico”.

As características da concessão e da permissão são segmentos tradicionalmente considerados pela doutrina, como categorias jurídicas diferentes. Conceitua Celso Antônio Bandeira de Mello, que a concessão é o instituto do qual o Estado atribui o exercício de um serviço público, mas sob a garantia contratual de um equilíbrio econômico-financeiro, remunerando-o pela própria exploração do serviço, de forma geral, mediante tarifas cobradas diretamente dos usuários, na qual configura-se a permissão como ato unilateral precário. A administração pública transfere à um particular o serviço público, proporcionando a possibilidade da cobrança de tarifas do usuário (destinatário final). (MENTA; 2008, p. 43).

Os Convênios, acordos ou ajustes, são originários do Decreto nº. 93.872/86, no qual prestam à execução, pelo particular, os serviços ou produção de bens, desde que haja a finalidade pública. Os contratos, são aqueles celebrados entre um particular e a administração pública e, os índices apontam que estão se tornando cada vez mais comum a utilização pelos entes federativos, pois são originários do projeto do terceiro

setor. Neste sentido, são contratos de gestão, uma espécie de financiamento que nasceu contaminado e envolvido nas mais diversas polêmicas. (MENTA; 2008, p. 37).

O termo de parceria teve origem na Lei nº. 9.790/1999, que define quais são as entidades que possuem relação com o Poder Público e se enquadram no diploma supracitado. (MENTA; 2008, p. 37).

Destarte, sobre a diferença e as características das Parcerias Público-Privadas, pondera Patrícia Duarte Costa Menta (2008, p. 38):

“[...] espécie de acordo firmado entre a Administração Pública e entes privados para estabelecer vínculo jurídico a fim de implantar ou gerir serviços, empreendimentos e atividades de interesse público, em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento são divididos entre os signatários, ou recaem apenas sobre o ente privado [...]”.

É um conceito e utilização mais amplo, objeto de estudo de diversos juristas, uma vez que há sentido nessa utilização das PPPs, para obras de grande porte, como rodovias, hidrelétricas e outras áreas correlacionadas a infraestrutura de uma determinada região do país. Tem-se como terceiro setor, na sua composição, as pessoas jurídicas sem fins lucrativos, de natureza privada – criadas e mantidas pela participação voluntária, ou seja, não controladas diretamente pelo Estado (com previsões de fiscalização), as quais abrangem serviços sociais como método de execução a respectiva filantropia. Dentre outras, algumas de suas características são: formalidade, estrutura privada, gestão, finalidade pública, finalidade não lucrativa e voluntariedade. (MENTA; 2008, p. 62).

A formalidade, deve-se a observância das normas para qualificar a entidade privada como organização social (OS), ou seja, enquadrar-se perante a administração pública, em um nível de regras procedimentais, para assegurar a sua permanência como credenciada por um período mínimo (institucionalização).

A entidade privada não está vinculada ao controle direto do Estado, ou seja, sua gestão é formada por particulares. Neste sentido, são formadas por ações de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, na qual se denomina de organização social com o objetivo de materializar os direitos sociais, tarefa até então atribuída ao Estado.

Nota-se que, a gestão dessas entidades (terceiro setor), são compostas por particulares, não está sob controle estatal ou integrante ativo na administração da entidade, apenas com previsões normativas de prestação de contas, através de uma comissão (caso seja credenciada para gerir um serviço público), visando maior eficiência na prestação deles.

O conceito de voluntariedade é originário da construção ideológica, onde o indivíduo é responsável pela garantia dos direitos sociais (a “responsabilidade individual” transferindo as atribuições do Estado para o indivíduo como mantenedor dos serviços sociais e zeladoria do bem-estar social), todavia é conectado pela finalidade não lucrativa do terceiro setor, visando o serviço voluntário e não remunerado.

As pessoas jurídicas que integram o terceiro setor, são as pessoas jurídicas de direito privado, tornando-se qualificadas junto ao Poder Público e recebendo a investidura de organizações sociais (OS) ou, no caso, as organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP). Distinguem-se, também, as pessoas jurídicas do terceiro setor, como as associações civis previstas no artigo 53; e as Fundações Privadas, entidades criadas por escritura pública ou testamento, dotação especial de bens livres, devendo estar elencados e especificados conforme dispõe o art. 62 com fulcro no Código Civil.

3. A abordagem das políticas públicas

3.1. Políticas Públicas: origem, conceitos e atores sociais.

A abordagem analítica das políticas públicas é fundamental para a compreensão do conceito, origem e os agentes envolvidos, visando demarcar na história o patamar de status científico e o desdobramento no século XX e XXI.

Neste sentido, afirma Calixto (2015, p. 39):

“Na Europa, os estudos das políticas públicas surgem como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e do governo, enquanto que nos Estados Unidos, a análise é feita sobre a ação dos governos, sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, estudos estes que tiveram início na década de 50, sob o rótulo de policy science”.

Notadamente, há o indício que análise das políticas públicas dentro de sociedades democráticas estáveis é aquilo que o governo faz ou deixa de fazer, sendo objeto de formulação científica e analisado por grupos e pesquisadores independentes. No entanto, Calixto (2015, p. 39) aponta que há fatores que não contribuem para a temática das políticas públicas se desenvolverem no campo científico no Brasil, como a escassez de acumulação do conhecimento na área, a setorização dos estudos e pela pouca literatura traduzida sobre políticas públicas no país.

Por outro lado, há também a conceituação para o estudo analítico das políticas públicas, através de duas abordagens hegemônicas na literatura sobre implementação dessas políticas. Uma delas tem o foco no processo de formulação, ou seja, as variáveis destacadas são referentes às normas que as estruturam. A segunda, enfatiza elementos dos contextos de ação nos quais a política será implementada, portanto, as variáveis condições dos espaços locais e burocracias implementadoras no espaço-tempo. (ASCENZI, LIMA; 2013, p. 102). A abordagem norte americana proporciona a interpretação da conceituação da obrigação das políticas públicas ao mundo dos fenômenos, ou não, se a obrigação é reconhecida faticamente, sendo, portanto, necessária a delimitação do objeto de estudo, o qual busca demonstrar os conceitos básicos da abordagem analítica das políticas públicas.

A *policy analysis* distingue três dimensões da política: *polity*, *politics* e *policy*, que se referem a dimensão institucional da política, em processual e a material. Neste sentido, segundo a classificação de Calixto (2015, p. 40-41), “A *polity* se refere à ordem do sistema político, delimitada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo”. É a análise das instituições políticas e das questões administrativas da burocracia estatal envolvidas neste campo.

A *politics* é focada no processo político, se embasando na atividade dos indivíduos para a obtenção e manutenção do poder, ou seja, a competição pelo poder e pelos recursos do Estado. Nesse âmbito, é marcada por conflitos e cooperação em objetivos comuns, aos temas e setores em disputa, bem como às decisões de distribuição desses recursos. (CALIXTO; 2015, p. 41).

A *policy* se refere ao tema em concreto, ao formato dos programas políticos, aos problemas teóricos e práticos, as decisões políticas. É, em sua essência, o Estado

em ação, o resultado da política institucional e processual. O programa de governo se materializa em diretrizes, programas de políticas públicas, projetos e atividades, visando pacificar problemas e demandas da sociedade. O tema da política pública está vinculado ao termo da policy, do processo de construção e ação do Estado.

A importância dessa diferenciação é, segundo Calixto (2015, p. 41):

“Esta diferenciação teórica de aspectos peculiares da política se mostra proveitosa para a compreensão da complexa dinâmica das políticas públicas. Entretanto não podemos olvidar que, na realidade política, as três dimensões são entrelaçadas e influenciam-se mutuamente, uma vez que o arcabouço institucional, os processos e os resultados estão sempre embricados”.

Sobre o conceito de política pública, não existe uma única, ou melhor definição, sobre o que seja política pública, mas o conceito literal aponta como um campo dentro de estudo da política que analise o governo à luz de grandes questões públicas, ou, em outra definição prática, é o conjunto de ações do governo que irá produzir efeitos específicos. Por outro lado, há definição que a política pública seria a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Por último, o conceito é definido como o que o governo escolhe fazer ou não fazer. (CALIXTO; 2015, p. 42).

Importante ressaltar que a difusão sem critério da expressão política pública, acaba por tornar toda ação governamental, incluindo atividades elementares dos governos, como política pública que, no caso, não é. O Estado pode entrar em ação de forma reativa, ou seja, sem qualquer planejamento, sem previsão orçamentária ou de recursos humanos para tal. Neste sentido, esta ação não se insere no âmbito das políticas públicas.

É necessário tal ressalva, uma vez que as políticas públicas se caracterizam pelos diversos interesses e estruturas empenhadas, demandando de capacidade técnica para implementar um dado programa, previsão orçamentária e recursos humanos, ou seja, envolve um complexo de vários atores sociais e institucionais. (CALIXTO; 2015, p. 44).

O início da formulação das políticas públicas, está no estágio em que os governos democráticos expressam seus propósitos e objetivos em plataformas eleitorais, em programas e ações, que produzirão resultados e mudanças materiais no mundo. O estágio inicial das políticas públicas é na formulação de plataformas

eleitorais, nas quais as candidaturas estão em disputa, onde há idealização das propostas e demandas, visando serem inseridas nos respectivos programas de governo e, uma vez aprovadas pelo crivo popular, começam a serem implementadas, ou seja, traduzidas em ações de governo.

Neste contexto, Calixto (2015, p. 44) aponta:

“As políticas públicas são resultantes de atividade política, requerendo várias ações estratégicas destinadas a implementar objetivos desejados e, por isso, envolvem mais de uma decisão política. Essas decisões são condicionadas pelo fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideais e visões dos que adotam ou influem na decisão”.

Há também, desafios logísticos e procedimentais para implementação das políticas públicas, uma vez que já foi idealizada no programa de governo, pois é a trajetória que lhe deu origem. Neste sentido, quanto a prática da ação do Estado visando a implementação, explicam Ascenzi e Lima (2013, p. 103):

“[...] manter a política clara, evitar ambiguidades na definição do objetivo, financiamento e das responsabilidades e manter controle efetivo sobre os implementadores. Com isso, os implementadores teriam margem de manobra limitada”.

Tem-se como conclusão de que a dinâmica das políticas públicas visa a materialização da democracia, justiça social, manutenção do poder e harmonia social, ou seja, um elemento constitutivo para orientar inúmeras ações que compõe determinada política. É um processo de decisão política que se materializa em objetivos com resultados esperáveis, visando a transformação de uma realidade pré-estabelecida, envolvendo atores distintos, bem como cenários e conjunturas muitas vezes voláteis, além do planejamento de recursos e insumos escassos.

O resultado da conceituação sobre políticas públicas, revelou inexistir um consenso quanto a sua definição. No entanto, observa-se que há ponto de convergência nas diversas definições: a política pública é uma atuação complexa, que demanda diversos atores, estruturas e organizações para formulação e implementação.

Não há política pública sem os atores políticos, uma vez que são responsáveis por exercerem suas funções, mobilizarem os recursos necessários para realizá-las.

Os atores são os indivíduos e os coletivos, na esfera pública ou privada. No entanto, há divergência quanto a definição dos atores políticos, pois há autores que defendem que a política pública é um monopólio estatal, em que a personalidade jurídica do protagonista é fator determinante para se entender uma política como pública ou não. (CALIXTO; 2015, p. 45).

Quanto a origem dessa definição, afirma Calixto (2015, p. 46): “O fundamento dessa abordagem está na exclusividade estatal no fazer policies, que é derivada da superioridade objetiva do Estado em fazer leis, e fazer com que a sociedade as cumpra”.

Por outro lado, há abordagem multicêntrica ou policêntrica que tange aos atores sociais das políticas públicas, incluindo também as organizações privadas, organizações não governamentais e organismos multilaterais. Em conjunto, entidades privadas e os atores estatais, integram uma rede de políticas pública, a qual os estudiosos denominam como policy networks.

Neste sentido, Calixto (2015, p. 46), explica que:

“Os autores que adotam a abordagem multicêntrica ou policêntrica entendem que a política é pública quando o problema que se tem que enfrentar é público, rachando a assertiva daqueles que adotam uma abordagem estatocêntrica, para quem a personalidade jurídica do protagonista é fator determinante para que uma política seja considerada pública”.

Há outros autores que reconhecem a influência de atores privados na formulação e implementação das políticas públicas, todavia, ponderam que não diminui a capacidade dos governos de intervir e efetivá-las, conforme pondera Celia de Souza (2006, p. 28):

“Apesar do reconhecimento de que os outros segmentos que não os governos se envolvem na formulação de políticas públicas, tais como os grupos de interesse e os movimentos sociais, cada qual com maior ou menor influência a depender do tipo de política formulada e das coalizações que integram o governo, e apesar de uma certa literatura argumentar que o papel dos governos tem sido encolhido por fenômenos como a globalização, a diminuição da capacidade dos governos de intervir, formular políticas públicas e de governar não está empiricamente comprovada”.

Importante ressaltar que, o encolhimento do Estado se dá pela política neoliberal conduzida pelos governos através da macroeconomia, como o programa de privatizações e inércia na ação estatal, sobretudo no âmbito social. O resultado

dessa política neoliberal, é a abertura para o setor privado também participar e conduzir as políticas públicas.

O Estado moderno se destaca em comparação aos demais atores, sobretudo nas políticas públicas, uma vez que o nascimento dele é uma das justificativas para a existência de sua estrutura. É o detentor do monopólio da força legítima, como um grande centralizador de recursos materiais necessários para a viabilização da política pública planejada. De outro lado, é notório que essa posição prevalecente do Estado, não inibe a influência de atores privados na formatação das políticas públicas, uma vez que ganham cada vez maior importância nos processos decisórios de âmbito econômico-administrativos, ainda mais, com a hegemonia neoliberal nas democracias modernas.

3.2. Classificação e espécies normativas das políticas públicas.

A classificação pela tipologia das políticas públicas está dentro do campo de estudo para se entender melhor por que o governo faz, ou deixa de fazer, alguma ação na vida dos seus cidadãos. É a forma de classificar os conteúdos, os atores, as instituições dentro de um processo de política pública. As políticas públicas determinam a dinâmica política e dependendo da política pública que está posta, há acentuação dos conflitos, das coalizões (pactos) e a manifestação do poder, bem como seus reflexos na sociedade.

Segundo a tipologia explicada por Theodore J. Lowi (1972, p. 25), estão classificadas em quatro tipos de políticas públicas, sendo elas: as distributivas, as redistributivas, as regulatórias e as constitutivas ou estruturadoras.

As distributivas se caracterizam pela distribuição de vantagens e não resultam em custos diretamente perceptíveis por outros grupos, portanto, são de um baixo conflito nos processos políticos para a sua implementação. Nesta tipologia de política pública, as decisões são tomadas pelo governo, que secundariza a questão dos recursos limitados, pois o resultado dessas políticas gera impactos mais individuais do que universais ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões em detrimento do todo. No entanto, essas políticas são fragmentadas, e muitas vezes clientelista, pois desenvolvem áreas específicas (exemplo: pavimentação e iluminação de ruas), há uma troca de interesses em forma de apoio pragmático e eleitoral. (CALIXTO; 2015, p. 49).

As redistributivas atingem o maior número de pessoas, ou seja, impõem perdas reais, bem como ganhos incertos para outros grupos, segundo pontua Calixto (2015, p. 49) “[...] são, em geral, as políticas sociais universais. Tais políticas consistem na redistribuição de renda, com deslocamento de recursos de camadas sociais mais abastadas para camadas mais pobres”, esse tipo de política pública, provoca inúmeros conflitos, pois colocam classes antagônicas em embate, na qual as camadas abastadas resistem de um lado e, de outro, as camadas empobrecidas demandam mais ações práticas. Um exemplo disso, são as cotas raciais para universidades, bem como as políticas de benefícios sociais.

As regulatórias exercem o trabalho com ordens e proibições, como decretos e portarias, nas quais suas ações exigem maior planejamento e não são determinadas antecipadamente, dependem da viabilização prática política. Os efeitos são de longo prazo, com difícil mobilização e organização dos cidadãos no processo de formulação e implementação, conforme pontua Calixto (2015, p. 49) “[...] essas políticas se desenvolvem dentro de uma dinâmica pluralista, em que a capacidade de aprovação ou não de uma política é proporcional à relação de forças dos atores e interesses presentes na sociedade”.

As políticas constitutivas ou estruturadoras integram a dimensão da polity à criação ou modificação das instituições políticas. Dessa forma, a política estruturadora é a que direciona as demais políticas, que impõe a regra do jogo. É considerada como regra do sistema político, ou seja, que molda o processo-caminho para todas as outras políticas, conforme pontua Calixto (2015, p. 50); “[...] São chamadas de meta-políticas, porque se encontram acima dos outros três tipos de políticas e comumente moldam a dinâmica política nessas outras arenas, por exemplo a definição das regras do sistema político-eleitoral”.

É importante ressaltar que há estágios das políticas públicas, o processo de início, meio e fim. Esses processos enfatizam os atores, as coalizões e o conjunto dinâmico em permanente movimento, pois é importante analisar e identificar os principais períodos dos processos político-administrativos que se denominam como ciclo político.

Destaca-se que há autores que contradizem a classificação das políticas públicas a partir desse ciclo, pois argumentam que o mundo material da política é mais

complexo e dinâmico do que a divisão das políticas públicas em estágios ou fases. O ciclo é identificado por cinco fases das políticas públicas, sendo elas: percepção e definição de problemas, inserção na agenda política, formulação, implementação e avaliação. (CALIXTO; 2015, p. 51).

A percepção e definição dos problemas, tem-se como identificação de um problema público, ou seja, de relevância social para um grupo ou região, que pode ser definido como a diferença entre o que é e o desejo que se tornasse realidade coletiva, o exemplo é quando ocorre uma catástrofe natural, a centralização das favelas nas regiões periféricas dos grandes centros urbanos, a densidade populacional desse último. A definição dos problemas, é também percebido por um problema político de grupos sociais isolados e só se transformam em problema de policy a partir do momento em que adquirem relevância de ação de ponto de vista político e administrativo. (CALIXTO; 2015, p. 51).

A agenda política é definida como um rol de questões relevantes, não se trata de documento formalizado, por isso, é objeto de tensões por parte do governo e cidadãos. A definição, em suma, é o estudo e a explicitação do conjunto de processos que conduzem os fatos sociais a adquirir status de público, ou seja, a elevação de um problema de ordem social, na qual a administração pública colocará em pauta. Neste momento, após a obtenção da atenção da administração pública diante do problema evidenciado, o problema passa a ser considerado público, as decisões sobre ele, resultará, sobretudo, no desenho das políticas e programas a serem implementados em momento oportuno. Pontuo ainda, que é nessa etapa da agenda política que se decide se o tema será inserido na pauta ou será excluído, ou adiado para a posterioridade.

A formulação e implementação tem como definição a forma como será solucionado o problema político. Oportunamente, a primeira versa sobre a pauta e a escolha das alternativas a serem adotadas. É o momento que pesquisadores das mais diversas áreas, ou de específico tema, elaborarão métodos, programas, estratégias e ações efetivas para transformar a realidade apresentada, todos inseridos e vinculados a agenda política. A segunda, sobre a implementação, consiste na concretização da formulação, ou seja, é necessário a formulação anteceder a implementação, pois são ações e atividades empenhadas para materializar as diretrizes, programas e projetos.

No mais, significa a aplicação da política através da máquina do Estado. A utilização de recursos e insumos com o objetivo pré-estabelecido na formulação.

O ponto de divergência sobre a fase de formulação, indicado por Martha M. Assunção (2010, p. 50-51) é:

“[...] diversos atores se mobilizam para a formação de coalizações (intra e extragovernamentais) de compromisso, negociação e decisão, que preparam o ambiente (econômico, político e técnico) favorável para fazer com que a política saia do papel e funcione efetivamente, construindo uma consciência coletiva sobre a necessidade de enfrentar o problema”.

Na última fase, a avaliação dos resultados concentra-se nos efeitos gerados, além de fornecer consistência para ponderar se a meta foi atingida ou não. O programa pode ser alterado, suspenso e até encerrado a depender da avaliação. Essa avaliação proporciona um panorama geral e específico dos objetivos alcançados, ou não, bem como determinar a continuação ou mudanças de cenários, esforços de recursos humanos e estrutura do Estado.

Além disso, para Ascenzi e Lima (2013, p. 104), a resolução de problemas que a política pública objetiva sanar, demanda habilidade e discrição e ocorre por meio da ação dos atores, da implantação de suas estratégias, ou seja, da gestão de seus conflitos e dos processos de aprendizagem, segundo ainda, “A política pública pode direcionar a atenção dos indivíduos para o problema e oferecer uma ocasião para aplicação de suas habilidades e seu julgamento, mas ela não pode resolver o problema”.

Neste sentido, o ciclo de políticas públicas propõe a resolução de um problema político e são classificadas em estágios como em um processo. Essa classificação se mostra como um instrumento de análise, fornecendo um quadro de referência e atribui função específica a cada uma das fases desse processo-administrativo.

Notadamente, também se busca demonstrar a viabilidade de políticas públicas serem instituídas nas mais diversas espécies normativas, sem adentrar no campo político da vontade do legislador. O estudo de ciclo proporciona a percepção a respeito do problema e mecanismo de identificá-lo, bem como inseri-lo na agenda política. O legislador pode ser um artífice na fixação das políticas públicas necessárias para a comunidade, tendo também, a liberalidade na escolha dos critérios dos serviços e

atividades mais emergentes para a população e propor leis que atendam o contexto social naquele momento.

O estudo das espécies normativas, é a inclusão das políticas públicas no ordenamento jurídico do Estado. O texto legal vincula e cria uma obrigação ao Estado, no que tange a execução das metas propostas nos programas, bem como a previsibilidade dos objetivos na própria espécie normativa instituída.

Sobre as espécies normativas e sua importância para a efetivação de políticas públicas, indica Calixto (2015, p. 55):

“No direito positivo brasileiro é possível a identificação de normas que tem por objeto a instituição de políticas públicas, podendo-se apontar, como por exemplo, a Lei 6938/1981, que estabelece a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins, e mecanismos de formulação e aplicação”.

Destarte, há políticas públicas que encontram os suportes na própria Carta Magna e em normas infraconstitucionais, como por exemplo, o artigo 182 da Constituição Federal, conforme dispõe o caput;

“A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público Municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes”

Ressalta-se ainda, que os documentos internacionais, como tratados e convenções, firmado por países signatários, também são fontes de políticas públicas, conforme dispositivos em cada carta jurídica pactuada, a serem implementadas pelos respectivos Estados membros. Além disso, a Assembleia Geral das Nações Unidas é uma fonte de resoluções com propostas de metas de curto, médio e longo prazo para políticas públicas, bem como de gestão e uso sustentável dos recursos naturais.

3.3. Os desafios democráticos da implementação da política pública de saúde no âmbito municipal pelas Organizações Sociais.

A implementação do acesso à saúde na microrregião⁸, é um desafio para qualquer governo, uma vez que há adversidades entre as forças políticas, disparidades sociais e culturais, além da diferença demográfica de uma região para a outra. No entanto, do outro lado, a organização social desenhada na constituição prevê a participação do povo na gestão pública. É a prevalência da vontade do povo, entendido como instância jurídica e reconhecido como instância de poder, pois a democracia implica no autogoverno e exige que os próprios governados decidam sobre as diretrizes políticas fundamentais do Estado. A materialização do instrumento de controle popular se deu através de Conselhos Municipais e Conferências de Saúde (Lei nº.8.142/90), no âmbito do poder executivo, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS. Os conselhos não são os únicos órgãos controladores de ações do SUS, uma vez que os tradicionais instrumentos de controle da gestão pública, existentes nas diferentes esferas dos poderes legislativo e judiciário, permanecem válidos e aplicáveis. (DALLARI, S.G. et. al; 1996, p. 532).

O dispositivo da supracitada lei, explicita que nos conselhos de saúde, a representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, visando garantir aos usuários 50% dos representantes, conforme o próprio texto legal (Lei nº 8.142/90, art. 1º, parágrafo 2º). Além disso, prevê o caráter deliberativo do órgão colegiado, com representação do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive sobre os aspectos econômicos e financeiros. Neste sentido, cada esfera de governo será responsável por homologar as respectivas decisões deliberadas, função atribuída ao chefe do poder legalmente constituído.

Os municípios possuem a competência e responsabilidade de cuidar da saúde de seus munícipes, cabendo ao Estado e a União a cooperação financeira e técnica, quando demandada, sobretudo, na implantação das tarefas necessárias para tal empreitada, conforme dispõe os arts. 23, II, c/c 30, VII da Constituição Federal e da Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde). Deste modo, a legislação municipal deve

⁸ As adversidades são marcadas pelas forças políticas, muitas vezes, ainda coronelista, bem como disparidades sociais e culturais, além da diferença demográfica de uma região para outra. Neste sentido, não são todos os municípios que possuem equidade de acesso aos recursos naturais e a estrutura administrativa consolidada.

ajustar-se aos princípios de organização do SUS, na lei orgânica de cada município, especialmente na lei do Plano Municipal de Saúde.

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviço no nível local. É, portanto, caracterizado por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde específicos de cada localidade, os quais para a sua resolução devem ser compreendidos e visualizados especialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. (GONDIM et al; 2008, p. 02). O território evidencia adversidades, muito mais que uma extensão geométrica, mas também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção.

A municipalização dos serviços de saúde foi colocada como diretriz operacional no novo sistema de saúde (a partir da constituição de 1988) e, trazia como ideia-força para um novo desenho organizacional, a noção de território, além da necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde. Uma base territorial de abrangência populacional, mas também na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde, capazes de responder com resolutividade, equidade e integralidade de ações – às necessidades e aos problemas de saúde de cada área delimitada. (GONDIM et al; 2008, p. 04).

É evidente que houve a articulação entre a regionalização e a municipalização, pois somente se viabilizaria através do movimento sincrônico de descentralização X centralização das ações, considerando os serviços de saúde existentes no município, como os principais responsáveis pelo atendimento à sua população. A esfera regional do sistema de saúde passou a ser composta por municípios agregados, com atribuições de diferentes complexidades, responsável por atender a população do conglomerado de municípios (esse modelo de gestão foi viabilizado através da celebração de consórcios intermunicipais, suprimindo assim, a regionalização do sistema de saúde de competência do Estado). Neste escopo, o município que tivesse um serviço de maior complexidade – atenção terciária, poderia atender a população de vários outros municípios deficitários, ou com menor estrutura administrativa sob a égide da regionalização. (GONDIM et al; 2008, p. 04).

A municipalização da saúde, foi positiva no entendimento de diversos atores sociais, impulsionados pelo significado da autonomia municipal para maior dinâmica na vida da população, uma vez que é o ente federativo mais próximo ao usuário e as suas necessidades, além da importância política e social de reforçar o poder municipal. No entanto, há entraves na municipalização levantados por Gondim et. al (2008, p.04),

“[...] Constatam-se grandes disparidades jurídico-políticas, e operacionais entre os municípios, onde se vê, de um lado, aqueles com mais de 1.000.000 de habitantes, com grande potencial político, administrativo e financeiro, e, de outro, os que não atingem uma população de 5.000 pessoas – baixa capacidade operacional e pouca autonomia”.

Apurou-se que, essas adversidades intermunicipais, deveriam ter sido consideradas de forma mais radical para o sucesso na implantação da municipalização proposta pelo SUS. Nota-se que, foi evidenciado desde o início, em seus princípios e diretrizes nacionais, considerando a efetividade das intervenções, só sendo possível quando se conseguissem respeitar as condições sociais, culturais, institucionais e epidemiológicas dos níveis locais, regionais ou microrregionais.

A municipalização, na perspectiva de aproximação da ação político-assistencial, junto à população e maior resolutividade das intervenções, tornou o município objeto da materialização democrática no país, uma vez que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A expectativa, era que os usuários se aproximassem da tomada de decisão, mas não como coadjuvantes e, sim, como atores principais da implantação das políticas de saúde local. A municipalização da saúde, seria o caminho que assegurava a implantação do SUS, contra qualquer projeto antidemocrático e impopular. (GONDIM et al; 2008, p. 05).

As principais correntes de pensamento, acerca do território e saúde, sobretudo sua apropriação pelo sistema de saúde, apontam, conforme Gondim et. al. (2008, p. 05), “Uma que vê o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática e; outra que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política”.

A primeira corrente de pensamento, é a mais reconhecida e tradicional forma de entender o território definido formalmente, como muitas vezes imposto, ao menos no primeiro nível de fragmentação territorial subnacional e; na segunda, é mais

próximo do território usado, como sinônimo de espaço geográfico. (GONDIM et al; 2008, p. 05).

Importante ressaltar, que junto ao processo de regionalização e municipalização, surge a proposta de estruturação dos Distritos Sanitários, como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. O distrito sanitário, caracterizou-se como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde, devendo ter uma base territorial definida geograficamente, com uma rede de serviços de saúde com perfil tecnológico adequado às características epidemiológicas da população distribuídas em seu interior. (GONDIM et al; 2008, p. 06).

Notadamente, o distrito poderia coincidir com o território do município, ser parte dele, ou ainda, constituir-se como um consórcio de municípios. Nessa última modalidade, deveria ser escolhido dentre os municípios consorciados aquele com maior capacidade tecnológica e resolutiva para ser a sede do distrito sanitário, constituindo uma rede articulada e hierarquizada de serviços com atenção progressiva à saúde da população. (GONDIM et al; p. 06, 2008).

O distrito sanitário, conceitualmente, deveria ser capaz de resolver todos os problemas e atender a todas as necessidades da população de seu território, circunscrevendo três níveis de atenção à saúde: 1) voltado para o cuidado à saúde individual e coletiva, promoção de prevenção da população de seu território; 2) oferecer a assistência ambulatorial especializada, para responder as necessidades, resolutividade e capacidade tecnológica ampliada e; a última, 3) responsável pela atenção a situações emergenciais, internações e com aparato tecnológico mais complexo e especializado. (GONDIM et al; 2008, p. 06).

A proposta do distrito sanitário é possibilitar progressivamente a estruturação dos serviços de saúde em diferentes escalas territoriais, ou seja, propiciar ao sistema de saúde no âmbito do Estado, do Município, da região, do bairro, a oportunidade de se estruturarem para ofertar cobertura efetiva a uma determinada população em um território-município, área de abrangência, microárea, família.

O município tem diversos desafios para a implantação da política de saúde através do SUS, uma vez que são heterogêneos. Há, portanto, disparidades entre os municípios brasileiros, integrando um conjunto de municípios altamente estruturados

na esfera administrativa, política, econômica e; do outro lado, municípios com a estrutura administrativa insuficiente, escassez de recursos e falta de servidores públicos.

A alternativa proposta, encontrada por diversos gestores, é a celebração de consórcios intermunicipais, bem como as parcerias público - privadas (PPPs), através das organizações sociais, todavia, o setor privado, também encontrará entraves de todos os segmentos para a implantação do sistema de saúde e, ainda, a atribuição de garantir o acesso dos munícipes na gestão da política de saúde local.

É importante pontuar que as organizações sociais são entidades privadas, portanto, o regramento é sob a égide do direito privado em suas relações civis. Neste contexto, a entidade privada pode se credenciar junto ao poder público e se tornar prestadora de serviços públicos, porém o surgimento da “vida” dessa entidade é constituído a partir da livre iniciativa de seus integrantes, além da execução, por mais que haja previsão legislativa e contratual de fiscalização externa, ainda assim, é movida pela vontade privada de seus membros constituídos.

Note-se que, quando há execução dos serviços públicos pelo próprio poder público, a legislação prevê mecanismo de participação social direta, através dos conselhos e conferências, além disso, a própria administração pública dispõe do conjunto de princípios-normativos que enfatizam a inserção da população no dia a dia da administração, como: a publicidade e legalidade.

É sabido que a relação entre o poder público e o munícipe, na execução dos serviços públicos de saúde, é uma relação originária, uma vez que é o munícipe que através do instrumento democrático (voto), escolhe seu mandatário, bem como o mandatário possui a responsabilidade de representar a demanda do munícipe, ou seja, é uma relação de responsabilidade recíproca.

Destarte, a modificação da relação Munícipe X Poder Público, ocorre quando há inserção de um novo ator social, mas dessa vez de caráter privado. Esse novo ator, altera a relação originária do munícipe com seu mandatário (munido da estrutura administrativa), pois quando a prestação dos serviços públicos de saúde é executada pelo próprio poder público, há previsão legislativa de controle público direto, além de ser legítimo e consonante com a Carta Magna, o controle social no planejamento da política de saúde local.

Notadamente, a inserção desse novo ator social de direito privado, faz prevalecer a relação entre OS X Poder Público, em detrimento do Município X Poder Público, direcionando as obrigações prestacionais do ente privado para o poder público e, não mais, com o município. O município, nesse cenário, se torna um ator coadjuvante dessa relação, ou seja, antes era o protagonista conjuntamente com o poder público, sendo participante, inclusive, no controle de qualidade etc. No entanto, o surgimento desse novo ator privado, enfraquece a relação direta do mandatário com seu mandante (OS X Poder Público = Município).

Nesse cenário, é perceptível que houve alteração das relações sociojurídicas, após a implantação do terceiro setor no Brasil. A atual legislação, sobre a participação social direta na gestão da saúde, tornou-se parcialmente obsoleta sob o aspecto do princípio democrático, uma vez que não prevê a existência desse novo ator de direito privado como elemento determinante na sociedade, e que é o responsável pela execução dos serviços públicos de saúde.

O desafio, neste contexto, consiste na criação de novos mecanismos de participação social no terceiro setor. O município deve se tornar novamente o ator principal no planejamento e execução da política de saúde e, não mais, um mero coadjuvante. É demandada a criação de novos mecanismos, pois são necessários para se moldarem nessa nova dinâmica de relação: OS X Poder público X Município. Por outro lado, há consonância com o princípio da publicidade e legalidade dos atos administrativos, uma vez que é legítima a fiscalização da prestação dos serviços públicos de saúde pela população, pois são os próprios destinatários a gozarem de tais resultados.

3.3.1. O caso do Município de Mongaguá.

Em 2019, o Município de Mongaguá no litoral sul do Estado de São Paulo, sancionou a Lei nº.3.044/19, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, ou seja, a política municipal de publicização. Nota-se, que a esta lei municipal, tem por fundamento na Lei federal nº. 9.637/98, que inaugurou o programa nacional de publicização, no qual designou requisitos, mecanismos de gestão e a forma que os demais entes federativos deveriam manusear a própria

administração. Dito isto, esse novo programa expandiu-se rapidamente para todo o território nacional, tornando-se realidade nas políticas de saúde regional e local.

A referida lei municipal, regulamenta o credenciamento do setor privado junto ao município, como organização social – OS, visando atuar nas mais diversas áreas, como: desenvolvimento tecnológico, saúde, educação, meio ambiente, esporte e na preservação e proteção do meio ambiente. A lei municipal sob nº.3.044/19, dispõe em seu art. 1º, que o poder executivo será responsável por qualificar as entidades privadas como organizações sociais, sem fins lucrativos e, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa, ao desenvolvimento tecnológico. Nota-se que, na Seção II art. 3º, da mesma lei, prevê a formação do conselho administrativo que tem a função de controle e fiscalização, a seguir:

“I- Ser composto por:

- a) 20% (vinte por cento) de membros indicados pelo Poder Público;
- b) 40% (quarenta por cento) de membros representantes de entidades da sociedade civil, de notória capacidade profissional e de reconhecida idoneidade moral;
- c) 30% (trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho de administração, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
- d) Até 10% (dez por cento) de membros indicados pelos funcionários da entidade.”

É notório que atribuíram uma parcela menor de representantes a serem indicados pelos trabalhadores da entidade, a fim de integrar o conselho administrativo. Destarte, o item “c” garante que 30% dos membros sejam indicados pelos demais membros do conselho administrativo, ou seja, facilita o apadrinhamento político e a manutenção da hegemonia dos interesses dos próprios membros do conselho.

Seguindo ainda sobre o exercício do conselho administrativo, a lei prevê que os membros eleitos ou indicados devem ter o mandato de quatro anos, sendo admitida a recondução, além dos representantes de entidades, previstos nas alíneas “a” e “b” do Inciso I, e devem corresponder a mais de 50% (cinquenta por cento) do conselho.

O modelo de contrato de gestão, é o instrumento jurídico que viabiliza a operação dos serviços públicos de saúde entre o município e a entidade privada, conforme previsto no texto legal, onde discrimina as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público municipal com a organização social. Destarte, o art. 8º

da mesma lei, disciplina a execução e fiscalização do contrato, na qual menciona como responsável pela fiscalização: “órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada”.

Notadamente, o art. 10 da Lei nº.3.044/19, dispõe sobre os deveres dos responsáveis pela fiscalização, como representar à procuradoria do município da entidade para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens, sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado danos ao patrimônio público durante a gestão da OS.

A estrutura do sistema de saúde do Município de Mongaguá, conforme informação do site oficial da prefeitura, é composta pelo Hospital e Maternidade, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro Central (PS), Centro de Fisioterapia, Serviço de Atendimento Especializado de IST-AIDS, Unidade de Saúde Mental, Farmácia Municipal, além das 09 (nove) Unidades de Saúde da Família-USF. A estrutura do sistema de saúde local, cumpre a demanda de atender a população total de 58.567 munícipes (em baixa temporada, uma vez que é cidade turística no período de verão), estimativa realizada em 2021, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Após a sanção da Lei nº.3.044/19, como ato subsequente, o município de Mongaguá celebrou o contrato de gestão com o Instituto Alpha, em 2020. O Instituto Alpha iniciou as atividades em 24 de agosto no ano de 2011, no qual realizou a prestação de serviços públicos com atuação em parcerias, cujo foco seria na atuação do desenvolvimento, conjuntamente aos órgãos públicos e privados, na esfera da saúde, educação, esporte, cultura e do meio ambiente. Possui sede na cidade de Santos -SP. (conforme site oficial do Instituto, 2022).

No site do Instituto, há disponível o portal da transparência, onde indica que o ente privado também firmou contrato de gestão com outros municípios do Estado de São Paulo, além de Mongaguá. Os Municípios que são parceiros do Instituto, são: o município de Cubatão, Osasco, Laranjal Paulista e Francisco Morato. O site da entidade oficial somente disponibilizou o acesso público ao plano de trabalho que projeta o exercício de suas atividades no Pronto Socorro Central do Município de

Mongaguá (SP), plano esse, apresentado antes da parceria com o Poder Público, bem como o contrato de gestão (aditivo) de 2021.

Destaca-se que, o plano de trabalho apresentado, no item 5.1, segmento sobre instrumentos democráticos, discorreu sobre “sistema único de saúde”, no qual limitou-se a prever sobre a “participação popular” em uma lauda (2020, p. 51), mencionando que “a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde [...]”, somente citaram as previsões legais já existentes, para a inserção da população na tomada de decisão. No entanto, a realidade material carece de mais instrumentos para a efetiva participação da população na gestão da política de saúde local (Anexos M e N), para além dos conselhos e conferências periódicas, pois dessa forma, os munícipes se tornam meros atores coadjuvantes no cenário político.

A presente pesquisa tentou acessar o contrato de gestão (originário) no segundo semestre de 2021, através das plataformas digitais (no site oficial da prefeitura e do Instituto Alpha), no entanto, não havia a disponibilização em ambos os sites. Deste modo, diante da ausência do contrato de gestão originário nos sites oficiais, houve a necessidade de oficializar uma solicitação de acesso do contrato de gestão firmado em 2020, conforme se comprova pelo requerimento protocolado na Diretoria de Assuntos Internos da Prefeitura de Mongaguá. (Apêndices A, B e C).

Destarte, após meses sem resposta ao pedido protocolado, a presente pesquisa diligenciou novamente no site oficial do município (no segundo semestre de 2022) e, como resultado, foi disponibilizado na plataforma digital, o contrato de gestão originário, firmado em 28 de abril de 2020. Importante ressaltar, que o site do Instituto Alpha se encontra desatualizado, uma vez que somente consta o plano de trabalho e o contrato aditivo de 2021, ou seja, somente o contrato de prorrogação da prestação dos serviços de saúde no Município. (Anexo O).

O preâmbulo do contrato (originário), de forma taxativa, expõe que a parceria da gestão no âmbito da saúde, tem como objetivo a implantação, o gerenciamento e a operacionalização, englobando a administração e a execução das ações e serviços de urgência e emergência da Unidade do Pronto Socorro do Vera Cruz (Central), bem como o fornecimento de mão de obra médica para a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, assegurando também, a assistência universal e gratuita à população,

unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, pelo período de 180 dias. (Anexo P).

A segunda cláusula do contrato, discorre sobre os compromissos entre as partes contratantes, bem como as obrigações da contratada, entre elas, vale destacar o item e: “disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para o acesso irrestrito ou auditoria do poder público”, ou seja, é imprescindível que a contratada não limite o acesso às informações para o poder público, sobretudo, na execução dos serviços contratados. (Anexo Q).

Ainda acerca da cláusula segunda, no item 2.2 letras c e d, o contratante se compromete a desenvolver o controle e avaliação periódica através de um preposto designado pelo prefeito municipal, visando a observação “in loco” dos serviços que são prestados aos usuários, bem como o dever de fiscalizar a execução do contrato de gestão. Além disso, no item i, há a previsão da análise de regularidade da aplicação dos recursos e da execução do contrato, uma vez que também é prevista a criação de uma comissão de avaliação do contrato de gestão, a qual analisaria os serviços prestados mensalmente, sendo a contratada responsável pela formulação do relatório mensal e encaminhamento para a mesma comissão. (Anexo R).

A previsão de repasse financeiro, que o município realizaria para a execução do contrato conforme o item 4.1, é de R\$. 6.789.698,40 (seis milhões, setecentos e oitenta e nove mil, seiscentos e noventa e oito reais e quarenta centavos), uma vez que é referente ao valor global, em 6 (seis) parcelas mensais de R\$. 1.131.616,40 (um milhão, cento e trinta e um mil, seiscentos e dezesseis reais e quarenta centavos). (Anexo S).

Notadamente, o item 8.3 do contrato, prevê que a contratante exercerá a fiscalização do contrato através da comissão de avaliação da execução contratual indicada pelo chefe do executivo, e procederá a verificação mensal do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela contratada com aplicação dos recursos sob a sua gestão. Neste contexto, a relação social e jurídica reafirmada nessa cláusula é o envolvimento de somente dois atores supramencionados, o Poder Público e o ator privado, ou seja, o munícipe é excluído dessa comissão permanente de avaliação periódica. (Anexo T).

A cláusula nona, prevê o prazo de vigência do contrato de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da sua assinatura, bem como a reserva de intervenção do município, na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, podendo, inclusive, o Município assumir imediatamente a execução dos serviços (item 12.1). (Anexos U e V) O contrato aditivo, firmado com o Instituto Alpha em 2021, tem por fundamento a prorrogação do prazo em 12 meses, com a previsão orçamentária de R\$. 18.184.664,97 (dezoito milhões, cento e oitenta e quatro mil, seiscentos e sessenta e quatro reais e noventa e sete centavos), referente ao exercício do respectivo ano. Nota-se que findando a prorrogação, poderá ser objeto do adicional de mais 12 meses sob a gestão do Instituto Alpha, conforme dispõe a cláusula nona, com o preço reajustado pela tabela INPC. (Anexos W e X).

Importante ressaltar que, não há no contrato aditivo (2021), qualquer previsão participativa da população, além dos já normatizados para a gestão do Pronto Socorro Central (PS), bem como até a finalização da presente pesquisa, os sites da Prefeitura e do Instituto Alpha, não disponibilizaram o contrato aditivo (prorrogação) do exercício de 2022, uma vez que, ainda é prestadora de serviços públicos de saúde no Município de Mongaguá.

Percebe-se que, os mecanismos legais existentes são intrínsecos do sistema único de saúde para a participação democrática, sobretudo para a elaboração da política pública de saúde. Esses mecanismos, não foram estruturados sob a ótica da execução dos serviços de saúde pelo parceiro privado. Neste contexto, a partir da inserção desse novo ator privado, nessa relação com o poder público que, até então era somente entre usuário e poder público, resultou na prevalência entre o executor (OS) e o poder público em detrimento do usuário.

Destarte, a população passou a não ser contemplada no processo democrático, concernente a execução do serviço público de saúde pelo parceiro privado e, como visto, o contrato de gestão supracitado, não apresenta nenhum elemento para suprimir a ausência de participação popular na execução dos serviços prestacionais de saúde pelo particular.

CONCLUSÃO

O processo de implantação do terceiro setor do Brasil, deu-se pelo projeto idealizado e materializado no programa neoliberal para a América Latina, no final da década de 80, através de instrumentos internacionais como a CEPAL. Nota-se que, somente no governo do Fernando Henrique Cardoso (FHC) houve a efetiva incorporação do terceiro setor no ordenamento jurídico brasileiro, através do Programa de Reforma do Aparelho do Estado, ou seja, a política de publicização passou do estágio de mero projeto político-econômico embrionário no início dos anos 90, para se consolidar como política de Estado.

Destaca-se que o governo de Fernando Collor, aplicou diversas medidas econômicas para viabilizar as reformas neoliberais no Estado, que posteriormente foram conduzidas fielmente pelo FHC, através de seu ex-Ministro da economia Bresser Pereira. No entanto, houve luta política e resistência das camadas sociais, compostas majoritariamente pelo movimento de trabalhadores da saúde, bem como de diversas outras categorias profissionais, sendo que, naquela época, já sinalizavam que o projeto neoliberal afetaria os interesses da classe trabalhadora em detrimento do interesse coletivo.

Além disso, observa-se que no início da gestão Lula (PT), o campo progressista fomentou expectativas em mudanças estruturais no sistema “capitalista dependente” do país, todavia, a política social implantada foi paliativa diante da demanda social crescente, além de ser o “continuismo” da política econômica herdada pelos governos anteriores, conforme apontado pelo economista Sampaio Júnior.

Ressalta-se, que após a inauguração do programa nacional de publicização, no final da década de 1990, as Parcerias Público-Privadas (PPPs) se expandiram Brasil adentro, com os Estados e Municípios realizando adequações legislativas para as incorporarem em suas esferas de influência.

A partir da análise dos Relatórios da CPI, emitida pela Alesp-SP em 2008, bem como ocorrência de irregularidades no Distrito Federal, conforme apontado pelo Tribunal de Contas, além das diversas demandas judiciais envolvendo as organizações sociais, no decorrer de duas décadas, desde sua implantação, bem como a insuficiente participação popular diante desse novo modelo de gestão, além do aparelhamento dos conselhos administrativos deliberativos. Observa-se que, como

resultado, a soma é mais de saldo negativo do que positivo, na perspectiva do princípio democrático e a primazia do interesse coletivo.

Importante frisar, que o avanço do setor privado através das organizações sociais na área da saúde, bem como na administração da atenção primária à terciária, contradizem a primazia da participação popular na condução da política de saúde, uma vez que resultam no enfraquecimento da relação entre o cidadão e o poder público. A partir de um novo ator de direito privado inserido nessa relação, que contribui para isso, ao mesmo tempo ocorre o enfraquecimento da relação do usuário na participação da execução dos serviços públicos de saúde. Portanto, prevalecendo a relação entre a organização social e o poder público, além do esvaziamento de órgãos participativos, tão somente existindo no papel.

Sendo assim, a fim de fortalecer o princípio democrático insculpido na Carta Magna, deve-se maximizar a eficiência do acesso da população na tomada de decisão, uma vez que a introdução desse novo ator de direito privado (OS) modificou a anterior relação estabelecida e, os atuais mecanismos de participação não acompanharam essa nova dinâmica, portanto, é necessária a construção de um novo instrumento participativo direto, sem intermédios, para que o cidadão-usuário integre permanentemente a tomada de decisão nos serviços prestacionais de saúde, ou seja, para além dos mecanismos já existentes, contudo, sob a égide da administração direta do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, R. *Direitos Fundamentais no Estado Constitucional Democrático: para a relação entre direitos do homem, direitos fundamentais, democracia e jurisdição constitucional*. Tradutor: Dr. Luís Afonso Heck, Prof. Na UFRGS e ULBRA; Rio de Janeiro. 1999.

ANDREAZZI, M. D. F. S.: BRAVO, M. I. S. *Privatização da Gestão e Organizações Sociais na Atenção à Saúde*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro. 2014. Disponível em<:04_artigo_elizabeth.qxd (scielo.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022.

BAPTISTA, T. W. D. F.: MACHADO, C. V.: LIMA, L. D. *Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes*. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <15.3 tatiana.pmd (scielosp.org)>: Acesso em 05 de junho de 2022.

BARBOSA, M. L. *Democracia direta e participativa: um diálogo entre a democracia no Brasil e o novo constitucionalismo latino-americano*. 2015. Disponível em <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/15223/1/BARBOSA%2C%20Maria%20L%2C%20Acia.%20Democracia%20direta%20e%20participativa.%202015.pdf> acesso em: 13 de junho de 2022.

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho, apresentação de Celso Lafer. 2. Ed., Editora Atlas, 2022.

BOBBIO, N. *Direito e Esquerda*. São Paulo: UNESP. 1995.

BOBBIO, N. *O Futuro da Democracia*. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei 200/1967, de 25 de fevereiro de 1967. *Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências*. Brasília, DF. 1967. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei 1.171/1994, de 22 de junho de 1994. *Dispõe sobre aprovação do Código de Ética do servidor público civil do poder executivo federal*. Brasília, DF. 1994. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei 6938/1981, de 31 de agosto de 1981. *Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências*. Brasília, DF. 1981. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei Complementar nº. 101/2001, de 04 de maio de 2000. *Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade fiscal e dá outras providências*. Brasília, DF. 2000. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 12.527/2011, de 18 de novembro de 2011. *Dispõe sobre a regulação do acesso a informações previsto no inciso XXXII do art. 5º, no inciso II do §3º do art. 37 e no §2º do art. 216 da Constituição federal, e dá outras providências*. Brasília, DF. 2011. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 8.142/1990, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências*. Brasília, DF. 1990. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 8.666/1993, de 21 de junho de 1993. *Dispõe sobre a regulamentação do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, e dá outras providências*. Brasília, DF. 1993. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 8.958/1994, de 20 de dezembro de 1994. *Dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio, e dá outras providências*. Brasília, DF. 1994. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 8.987/95, 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, DF. 1995. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 9.637/1998, de 15 de maio de 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de*

Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF., 1998. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº. 9.790/1999, 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 Parcerias, e dá outras providências.* Brasília, DF. 1999. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Lei nº.9.637/1998, de 15 de maio de 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, e dá outras providências.* Brasília, DF. 1998. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Medida provisória nº. 813/95, de 01 de janeiro de 1995. *Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.* Diário Oficial da União, Brasília, DF.1995. Disponível em:< L8987consol (planalto.gov.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022. Disponível em<: DEL 200 (planalto.gov.br)>: acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. PEC nº.173/1995, Proposta de Emenda à Constituição. *Modifica o Capítulo da Administração Pública, Acrescenta Normas as Disposições Constitucionais Gerais e Estabelece Normas de Transição.* Câmara dos Deputados, Congresso Nacional. Brasília, DF. 2001. Disponível em:< Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. *Plano Diretor da Reforma. do Aparelho do Estado (PDRAE).* Brasília. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado-MARE, 1995. Disponível em:
em:
<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>:Acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Prefeitura de Mongaguá. Unidades de Saúde. Disponível em :< Unidades de Saúde - Prefeitura de Mongaguá (mongagua.sp.gov.br)>: Acesso em 07 de novembro de 2022.

CALIXTO, A. *Obrigação estatal internacional de instituir políticas públicas ambientais: Uma Análise Pontual sobre as estratégias voltadas a pôr fim ao uso insustentável dos recursos hídricos.* Programa de mestrado da Universidade Católica de Santos, 2015

CARVALHO, M. S. de. *A Saúde como Direito Social Fundamental na Constituição de 1988. Health as a Social Right in the 1988 Brazilian Constitution.* Vol. 4, n. 2. Revista de Direito Sanitário; 2003.

COHN, A. *A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.* Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em <(scielosp.org)>: Acesso em 05 de junho de 2022

COHN, A., NUNES, E., JACOBI, P. R., KARSCH, U. S. *A Saúde como direito e como Serviço.* 6ª edição. São Paulo. Cortez Editora. 2010.

COSTA, I. D. C.; SOUZA, G. C. A. *O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças.* Vol.19, n.3, saúde soc. São Paulo. 2010.

DALLARI, S. G. et al. *O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde.* Cadernos de saúde Pública, v. 12, p. 531-540, 1996.

FRANÇA JÚNIOR, R. P.. *A crise estrutural do capital, as relações Estado-sociedade e o mito do terceiro setor.* Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Sousa, Paraíba. 2021.

G. STARR, C. *O Nascimento da Democracia Ateniense.* São Paulo: Odysseus, 2005.

GONDIM, G. M. M. et al. *O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.* Território, ambiente e saúde, v. 1, p. 237-256, 2008.

IBGE–Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo: população estimada de Mongaguá. 2021.* Disponível em:< IBGE | Cidades@ | São Paulo | Mongaguá | Panorama>: Acesso em 07 de novembro de 2022.

KNOPLOCK, G. M. *Manuel de direito administrativo: teoria e questões.* 7ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

LIMA, L. L; D'ASCENZI, L. *Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas.* Revista de Sociologia e Política, v. 21. 2013. p.101-110.

LOWI, T. *176 A tipologia de Theodore J. Lowi* foi formulada inicialmente em seu artigo “American Business, Public Policy, Case Studies and Political Theory, publicado na

revista *World Politics*, em 1964, e posteriormente aprimorada em sucessivos trabalhos, como no artigo *Four System of Policy, Politics, and Choice*, publicado na revista *Public Administration Review*, 1972. SECCHI, op. cit., p. 25.

MARSHALL, T.H. *Cidadania e Classe social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987. Disponível em:< MARSHALL, T. H. Cidadania-Classe-Social-e-Status.pdf (usp.br) >: Acesso em 05 de junho de 2022.

MELLO, C. A. B. *Curso de direito administrativo*. 12a ed. São Paulo: Malheiros, 1999 p.399.

MELLO, C. A. B. *Curso de Direito Administrativo*. 15a ed. São Paulo: Malheiros. 2002.

MELLO, C. A. B. *Curso de direito administrativo*. São Paulo: Malheiros. 1996, p. 545.

MELLO, C. A. B. *Eficácia das Normas Constitucionais sobre Justiça Social*. Universidade Católica de São Paulo-PUC. 2017. Disponível em:< Vista do Eficácia das normas constitucionais sobre justiça social (enap.gov.br)>: Acesso em 05 de junho de 2022.

MENTA, P. D. C. *O Regime jurídico das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)*. Faculdade de Direito Milton Campos. Dissertação Minas Gerais.2008. Disponível em:<<http://www3.mcampos.br:84/u/201503/patriciaduartecostamentaregimejuridicoorganizacaoessociedadecivilinteressepublico.pdf>>: Acesso em 06 de junho de 2022.

MONTAÑO, C. *O Canto da Sereia – Crítica à ideologia dos projetos do terceiro setor*. São Paulo: Cortez 2014.

NOGUEIRA, R. P. *O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais*. In: SANTOS, Nelson R. dos; AMARANTE, Paulo D. de. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, p. 24-47. 2010.

O ESTADO DE S. PAULO. *São Paulo fará parceria de R\$ 6 bilhões na área da saúde*. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 18 nov. 2010. Disponível em:< São Paulo fará parceria de R\$ 6 bilhões na área da saúde - Geral - Estadão (estadao.com.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022.

PAIM, J.S. *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2013. Disponível em:<
<https://www.scielo.br/j/csp/a/7kR47BM83pWg73mCFDSWXXD/?format=pdf&lang=pt>>: Acesso em 05 de junho de 2022.

PEREIRA, J. S.; VIEIRA, R. D. S. *Democracia Participativa: Reflexões Acerca do Surgimento dos Conselhos de Participação Popular no Ordenamento Jurídico Brasileiro*. 2020. Disponível em:
<http://repositorio.unesc.net/bistream/1/8107/1/Democracia%20participativa.pdf>
Acesso em 03 de agosto de 2022.

PEREIRA, L. C. B. *Burocracia pública e reforma gerencial na encruzilhada do desenvolvimento do Brasil*. Instituto Bresser-Pereira. 2010. Disponível em:< Professor Bresser-Pereira (bresserpereira.org.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022.

RODRIGUES, A., MARTA M. *Políticas Públicas*, São Paulo, Publifolha, 2010.

SAES, D. A. M. *História Política: A questão da evolução da cidadania política no Brasil*. Estudos Avançados. 2001.

SAMPAIO JUNIOR, P. A. *Crônica de uma Crise Anunciada – Crítica à economia de Lula e Dilma*. 1ª Edição, SG-Amarante Editorial, Professor do Instituto de Economia da UNICAMP-SP, São Paulo. 2017.

SÃO PAULO. A.L E. S. P. (Alesp). *Parecer do Deputado Estadual Raul Marcelo, PSOL/SP*. São Paulo: ALESP, 10 de abril de 2008. Disponível em:< CPI dos Serviços Médico-Hospitalares discute resultados da sub-relatoria>: Acesso em 06 de junho de 2022.

SOUZA, C. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, 2006.

SOUZA, E. S. P. *Regime Jurídico e a Classificação dos Atos Administrativos Inválidos*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP, São Paulo. 2011. Disponível em<: Eduardo Stevanato Pereira de Souza.pdf (pucsp.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022.

SOUZA, R. N. P... *Reforma Administrativa: da Reforma do Aparelho do Estado da década de 1990 à proposta de Reforma dos dias atuais*. Instituto Brasileiro de Ensino,

Desenvolvimento e Pesquisa – Escola de Direito e Administração Pública – EDAP
Graduação em Administração Pública. Brasília, DF. 2021. Disponível em:<In dubio pro
sociedade nas ações de improbidade administrativa segundo a jurisprudência do
Superior Tribunal de Justiça (idp.edu.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022.

TEODORO, M. S., BATISTA R. L. *Os Desafios da Escola Pública Paranaense na
Perspectiva do Professor PDE. Governo do Estado do Paraná, 2015.* Disponível em
<: A Lei dos Pobres e o problema do desenvolvimento do mercado de trabalho
assalariado na Revolução Industrial Inglesa (diaadiaeducacao.pr.gov.br)>: Acesso em
21 de outubro 2022.

VISENTINI, G. S. *Reforma do Estado no Brasil (1995-1998): O Plano Diretor da
Reforma do Aparelho do Estado.* Dissertação, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-graduação em Ciência Política, Universidade Federal do
Rio Grande do Sul. 2006. Disponível em:< Microsoft Word - Reforma do Estado
PDRAE revisado.doc (ufrgs.br)>: Acesso em 06 de junho de 2022

APÊNDICES

APÊNDICE A – Requerimento para acessar o contrato de gestão.

ILLMO. (A) SENHOR (A) DIRETOR (A) DE SERVIÇOS INTERNOS DO
MUNICIPIO DE MONGAGUÁ-SP.

Venho formalizar a vossa senhoria, através deste requerimento, o acesso ao contrato de gestão, firmado entre o **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE CNPJ nº.14.512.229/0001-10**, com sede na Avenida Conselheiro Nébias, nº.703, Boqueirão, Santos-SP, e a **PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ CNPJ nº. 46.578.506/0001-83**, com sede na Avenida Getúlio Vargas, nº. 67, Centro, Mongaguá-SP, para a prestação e execução dos serviços públicos de saúde no Pronto Socorro Central – PS, situado na Avenida São Paulo, nº.3.288, Vila Vera Cruz, Mongaguá-SP.

Trata-se de pesquisa acadêmica em andamento vinculada ao Programa de Pós-graduação strictu sensu (Mestrado) em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas da Universidade Santa Cecília (UNISANTA); com fulcro no artigo 37 *(da legalidade e publicidade dos atos administrativos)*, culminado com o Artigo 5º, XXXIV, alínea "a" e "b" da Constituição Federal.

Em anexo, o atestado de matrícula com o registro acadêmico nº.192464, instrumento comprobatório de vínculo à Universidade Santa Cecília – Unisanta.

06 de Outubro de 2021

Atenciosamente,



Bruno Chancharulo de Barros

RG nº.54.503.506-5 SSP/SP

CPF nº.389.192.588-30

Cel: (13) 981888979 / Email: bb192464@alunos.unisanta.br



APÊNDICE B – Atestado de matrícula



Universidade Santa Cecília

DECLARAÇÃO

Declararmos, para os devidos fins, que **BRUNO CHANCHARULO DE BARROS** portador do CPF nº. 389.192.588-30 é aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, nível Mestrado, sob o Registro Acadêmico nº. 192464, no segundo semestre de 2021.

Santos, 30 de agosto de 2021.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. T. Pacheco", written over a horizontal line.

Prof. Dr. Marcos Tadeu Tavares Pacheco
Coordenador Geral da Pós-Graduação *stricto sensu*
Universidade Santa Cecília - UNISANTA

APÊNDICE C – Protocolo de Requerimento

AUTO-ATENDIMENTO SANTANDER
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE
ARRECADACOES

Data Pagamento: 11/11/2021 Hora: 12:53:39
Data Contabil: 11/11/2021
Local: 033.0489 - MONGAGUA
Número: 0638693 Terminal: 0000153

LEICILA TRIGO CHANCHARULO Cartão: 4552 1
Banco: 011 Agência: 0489 Conta: 01-021742-8

Empresa: PM MONGAGUA
Código: 00330489000005027823
Código de Barras: 81740000000-3 51892730202-7
11111050120-7 02659507001-7

ACESSO AO APP DO B.SANTANDER PARA CONSULTAS E
TRANSACOES A QUALQUER HORA DO LUGAR.

PREFEITURA DA ESTANCIA BALNEARIA DE MONGAGUA		VISTO
de Mongaguá		
PAGAMENTO	0206	11/11/2021
Protocolo: 100014180/2021 COPIAS DE DOCUMENTOS		
RG/Inscrição 545035065		
Endereço: VL VERA CRUZ, nº 184 CASA		
Valor	Acréscimo	Desconto até o Vencimento
2,67	0,00	0,00
49,22	0,00	0,00
51,89	0,00	0,00
Total de Parcelas	Valor da Parcelas	Número da Guia
1	51,89	125791
Autenticação Mecânica no Verso		VIA Contribuinte

PREFEITURA DA ESTANCIA BALNEARIA DE MONGAGUA		VISTO
ria de Mongaguá		
PAGAMENTO	0206	11/11/2021
Protocolo: 100014180/2021 COPIAS DE DOCUMENTOS		
RG/Inscr.Estadual:545035065		
REIRA FILHO, 184; 11730000		
Valor	Acréscimo	Desconto até o Vencimento
2,67	0,00	0,00
49,22	0,00	0,00
51,89	0,00	0,00
Total de Parcelas	Valor da Parcelas	Número da Guia
1	51,89	125807 / 125791
Autenticação Mecânica no Verso		VIA PROTOCOLO

<p>PREFEITURA DA ESTANCIA BALNEARIA DE MONGAGUA</p> <p>Vencimento: 11/11/2021</p> <p>Código de Barra: 2-2659507-1-1</p> <p>(=) Valor do Documento: 51.89</p> <p>(+) Outros Acréscimos:</p> <p>(-) Outras Deduções:</p> <p>(=) Valor Cobrado:</p> <p>Cód da Dívida: 2659507 Parcela: 1</p> <p>Cadastro: 000332394</p> <p>Sacado: BRUNO CHANCHARULO DE BARROS</p> <p style="text-align: center;">Autenticação no Verso</p>	<p style="text-align: center;">PREFEITURA DA ESTANCIA BALNEARIA DE MONGAGUA</p> <p style="text-align: center;">Pref da Estância Balneária de Mongaguá</p> <p style="text-align: center;">CNPJ: 46578506000183</p> <p>Pagável somente nas agências da Caixa Econômica Federal, Banco Itaú, Bradesco, Banco do Brasil, Grupo Santander e Casas Lotéricas.</p> <p>Contribuinte: BRUNO CHANCHARULO DE BARROS CPF/CNPJ: 38919258830</p> <p>Endereço: AV. JOSE CESARIO PEREIRA FILHO, 184 CASA CEP: 11730000</p> <p>Bairro: VL VERA CRUZ Cidade MONGAGUÁ-SP</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vencimento: 11/11/2021</td> <td>Código de Barra: 2-2659507-1-1</td> <td>Cadastro: 000332394</td> <td>Módulo: 5</td> </tr> <tr> <td>Parcela 1</td> <td>Valor Lançado 51,89</td> <td>Desconto 0,00</td> <td>Valor até Vencimento 51,89</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Correção</td> <td>Multa</td> <td>Juros</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Total Recebido</td> </tr> </table> <p>PAGAMENTO EM ATRASO: MULTA DE 10% E JUROS DE MORA DE 1% AO MÊS NÃO RECEBER APOS EXERCÍCIO CORRENTE</p> <p style="text-align: center;">8174000000-3 51892730202-7 11111050120-7 02659507001-7</p> <p style="text-align: center;">Autenticação Mecânica no Verso</p>	Vencimento: 11/11/2021	Código de Barra: 2-2659507-1-1	Cadastro: 000332394	Módulo: 5	Parcela 1	Valor Lançado 51,89	Desconto 0,00	Valor até Vencimento 51,89	Correção		Multa	Juros	Total Recebido			
Vencimento: 11/11/2021	Código de Barra: 2-2659507-1-1	Cadastro: 000332394	Módulo: 5														
Parcela 1	Valor Lançado 51,89	Desconto 0,00	Valor até Vencimento 51,89														
Correção		Multa	Juros														
Total Recebido																	

ANEXOS

ANEXO A – Apresentação do plano de trabalho do Instituto Alpha.



ANEXO B – Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica.

The image shows a PDF viewer displaying the table of contents page. At the top left, there is the logo for 'ALPHA INSTITUTO' with the tagline 'Assessoria em Saúde Pública'. The title 'SUMÁRIO' is centered. The table of contents lists the following sections and their corresponding page numbers:

SUMÁRIO	
1. TÍTULO.....	8
2. OBJETIVO.....	8
2.1. Gestão do Pronto Socorro do Vera Cruz.....	8
2.2. Mão de Obra médica na Unidade de Pronto Atendimento - UPA.....	9
3. APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE.....	9
3.1. Parcerias.....	12
Urgência e Emergência – Cubatão (desde 2016).....	13
Urgência e Emergência – Mongaguá (Abril- 2020).....	18
Atenção Básica - UBS/PSF - Laranjal Paulista (2018).....	22
Saúde Mental / SRT – Franco da Rocha (2017), Francisco Morato (2016) e Osasco (2018-2019).....	24
3.2. Corpo Diretivo da Entidade.....	26
3.3. Currículo Diretor Técnico.....	28
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	31
4.1. História do município.....	31
4.2. Geografia.....	33
4.3. Perfil Demográfico.....	34
4.4. Perfil Sócio Econômico.....	35

ANEXO C - Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica.

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1.-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong.-23-11-20.pdf

2 de 548

Exibição de página | Ler em voz alta | Adicionar texto | Desenhar | Realçar | Apagar

4.4. Perfil Sócio Econômico	35
4.4.1. Produção Econômica / PIB	35
4.4.2. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	37
4.4.3. Educação	38
4.5. Indicadores de Saúde	40
4.5.1. Nascidos Vivos	40
4.5.2. Longevidade, mortalidade e fecundidade	41
4.5.3. Mortalidade Geral	42
4.5.4. Morbidade Hospitalar de Mongaguá	43
4.5.5. Equipamentos de Saúde De Mongaguá	45
4.5.6. Covid-19 - Mongaguá	45
5. INTRODUÇÃO	48

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.511.259/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333 / Jd. Centro - Santos/SP CEP: 11019-153
Telefone: (13) 3322-7199 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

ALPHA
INSTITUTO

5.1. Sistema único de Saúde - SUS	49
5.2. Rede de Urgência e Emergência (Rue)	53
5.3. O papel das Unidades de Saúde - Urgência e Emergência	68
5.4. Referência e Contrarreferência dos Serviços de Urgência e Emergência	73
6. METODOLOGIA	74
7. ATIVIDADE - UNIDADES ATENDIDAS NESTA PROPOSTA	75
7.1. UPA - Unidade de Pronto Atendimento Agenciador de Campos	75
7.2. Pronto Socorro do Vera Cruz	77
8. ATENDIMENTO AO PACIENTE - PS VERA CRUZ	80
8.1. Recepção	80
8.2. Classificação de Risco	81
8.3. Espera	83
8.4. Atendimento Clínico / Ortopédico	83
8.5. Medicação / Procedimentos	85
8.6. Exames e Procedimentos	86
8.7. Atendimento de Emergência	87
8.8. Observação/ internação	88
8.8.1. Acompanhante	89
8.9. Visitas	92
8.10. Remoção	93
8.11. Referência e Contrarreferência - Mongaguá	93
8.11.1. Referência Hospitalar	93
8.11.2. Referência Ambulatorial	94
8.12. Termos de Responsabilidade	94

ANEXO D - Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica.

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1.-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong.-23-11-20.pdf

3 de 548

Exibição de página | Ler em voz alta | Adicionar texto | Desenhar | Realçar | Apagar

INSTITUTO
ALPHA

5.1. Sistema único de Saúde - SUS	49
5.2. Rede de Urgência e Emergência (Rue)	53
5.3. O papel das Unidades de Saúde - Urgência e Emergência	68
5.4. Referência e Contrarreferência dos Serviços de Urgência e Emergência	73
6. METODOLOGIA	74
7. ATIVIDADE - UNIDADES ATENDIDAS NESTA PROPOSTA	75
7.1. UPA - Unidade de Pronto Atendimento Agenciador de Campos	75
7.2. Pronto Socorro do Vera Cruz	77
8. ATENDIMENTO AO PACIENTE - PS VERA CRUZ	80
8.1. Recepção	80
8.2. Classificação de Risco	81
8.3. Espera	83
8.4. Atendimento Clínico / Ortopédico	83
8.5. Medicação / Procedimentos	85
8.6. Exames e Procedimentos	86
8.7. Atendimento de Emergência	87
8.8. Observação/ internação	88
8.8.1. Acompanhante	89
8.9. Visitas	92
8.10. Remoção	93
8.11. Referência e Contrarreferência - Mongaguá	93
8.11.1. Referência Hospitalar	93
8.11.2. Referência Ambulatorial	94
8.12. Termos de Responsabilidade	94

ANEXO E – Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica

8.12. Termos de Responsabilidade.....	94
8.13. Demais serviços.....	98
8.4.1. Serviço de Enfermagem.....	98
8.4.2. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT.....	98
8.4.3. Serviço de Nutrição e Dietética - SND.....	101
8.4.4. Serviço de Farmácia.....	102
8.4.5. Lavanderia Hospitalar.....	103
8.4.6. Central de Material Esterilizado - CME.....	104
8.4.7. Gases medicinais.....	104
<p><small>Ração Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.532.229/0009-10 Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333 CJ 1703, Centro - Santos/SP CEP: 13039-953 Telefone: (51) 3322-7373 E-mail: contato@alphainstituto.com.br Site: www.alphainstituto.com.br</small></p>	
	
8.4.8. Limpeza hospitalar.....	105
8.4.9. Processamento e Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde.....	106
8.4.10. Faturamento.....	106
8.4.11. Segurança.....	107
8.4.13. Contratação de Serviços de Terceiros (Serviços de Apoio).....	107
9. GESTÃO DOS SERVIÇOS.....	108

ANEXO F – Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica.

9. GESTÃO DOS SERVIÇOS.....	108
9.1. Gestão Administrativa e técnica <i>in loco</i>	108
9.2. Acompanhamento de atendimento.....	111
9.3. Controle de estoque.....	111
9.4. Tela no Conforto Médico.....	111
9.5. Legislação e Normas Sanitárias – Urgência e Emergência.....	112
10. METAS QUALITATIVAS.....	113
11. METAS QUANTITATIVAS.....	118
12. QUALIDADE OBJETIVA.....	119
12.1. Comissão de Farmácia.....	119
12.2. Comissão de revisão de óbitos.....	122
8.13.1. Atribuições.....	123
8.13.2. Resolução na íntegra.....	124
12.3. Comissão de Revisão de Prontuário.....	129
8.13.3. Atribuições.....	130
8.13.4. Resolução na íntegra.....	131
12.4. Comissão de Ética médica.....	135
8.13.5. Atribuições.....	136
8.13.6. Resolução CFM na íntegra.....	137
8.13.7. Resolução CREMESP na íntegra.....	147
12.5. Monitoramento de indicadores de desempenho.....	149
12.5.1. Relatórios Gerenciais.....	149
12.6. Atendimento com Classificação de Risco.....	156
12.6.1. Fundamento para atendimento com classificação de Risco.....	156
12.6.2. Processo de classificação.....	159
12.7. Protocolo Geral de Pronto Socorro.....	173
12.7.1. Parada Cardiorrespiratória - PCR.....	176

ANEXO G – Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica.

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1.-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong-23-11-20.pdf

5 de 548

12.7.1. Parada Cardiorrespiratória - PCR..... 176

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.513.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333 / CJ 1703, Centro - Santos/SP CEP: 13013-953
Telefone: (13) 3342-7379 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

ALPHA
INSTITUTO

12.7.2. ECG/Bradiarritmias..... 180

12.7.3. Dor Torácica..... 183

12.7.4. Insuficiência respiratória aguda..... 192

12.7.5. Conduta - crise asmática no Pronto Atendimento..... 196

12.7.6. Crise hipertensiva / edema agudo de pulmão..... 197

12.7.7. Emergências Hipertensivas..... 200

12.7.8. Taquicardias..... 207

12.7.9. Emergência Neurológica-AVC/ Coma/ Cefaleia..... 214

12.7.10. Escala de Cincinnati..... 215

12.7.11. Abordagem Neurológica..... 215

12.7.12. Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma..... 219

12.7.13. Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaleia na Unidade de Emergência..... 225

12.7.14. Ventilação Mecânica – Abordagem Inicial..... 227

12.7.15. Atendimento ao Traumatizado..... 229

ANEXO H - Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1.-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong-23-11-20.pdf

5 de 548

12.7.14. Ventilação Mecânica – Abordagem Inicial..... 227

12.7.15. Atendimento ao Traumatizado..... 229

12.7.16. Cricotireoidotomiacirúrgica..... 233

12.7.17. Atendimento Secundário..... 241

12.7.18. Vias Aéreas..... 246

12.7.19. Contusão miocárdica..... 259

12.7.20. Considerações sob Hemorragia digestiva alta..... 262

12.7.21. Trauma Torácico..... 267

12.7.22. Tamponamento cardíaco..... 273

12.7.23. Trauma Cranioencefálico..... 275

12.7.24. Transporte..... 280

12.7.25. Abdome agudo..... 294

12.7.26. Transporte do paciente crítico..... 303

12.7.27. Diarreia Aguda..... 306

12.7.28. Fluxograma de atendimento de pneumonia adquirida na comunidade em adultos..... 317

12.7.29. Dengue..... 320

12.7.30. Gripe H1N1..... 326

12.7.31. Abordagem inicial do paciente grave nas unidades de pronto atendimento..... 336

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.513.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333 / CJ 1703, Centro - Santos/SP CEP: 13013-953
Telefone: (13) 3342-7379 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

ALPHA

ANEXO I - Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong-23-11-20.pdf

de 548

12.7.31. Abordagem inicial do paciente grave nas unidades de pronto atendimento 336

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333 / CJ 1703, Centro - Santos/SP CEP: 13013-153
Telefone: (13) 3322-7379 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

 **ALPHA**
INSTITUTO
Medicina especializada e em tempo integral

12.8.	POP – Procedimento Operacional Padrão.....	343
12.9.	Outras ações voltadas a Qualidade Objetiva.....	344
13.	QUALIDADE SUBJETIVA.....	344
13.1.	Informações ao usuário/familiar.....	344
13.2.	Pesquisa de Satisfação do Usuário.....	345
13.2.1.	Caixa de Sugestões.....	347
13.2.2.	Pesquisa via sistema de atendimento eletrônico.....	348
13.3.	Política de Humanização.....	349
13.4.	Sistema de Informação integrado.....	350
14.	INCREMENTO DA ATIVIDADE.....	352
14.1.	Núcleos de Qualidade.....	352
14.1.1.	Núcleo de Humanização.....	352
14.1.2.	Núcleo de Recursos Humanos.....	353
14.1.3.	Núcleo de Qualidade das Informações.....	354

ANEXO J - Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong-23-11-20.pdf

6 de 548

13.4.	Sistema de Informação integrado.....	350
14.	INCREMENTO DA ATIVIDADE.....	352
14.1.	Núcleos de Qualidade.....	352
14.1.1.	Núcleo de Humanização.....	352
14.1.2.	Núcleo de Recursos Humanos.....	353
14.1.3.	Núcleo de Qualidade das Informações.....	354
14.2.	Ouvidoria.....	354
14.3.	Calendário da Saúde.....	356
14.4.	PGRS - Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.....	377
14.5.	Quadro Técnico de Funcionários.....	396
14.6.	Estrutura da Unidade.....	397
14.7.	Normas e Rotinas.....	398
14.7.1.	Regimento Interno.....	399
14.7.2.	Regimento de enfermagem.....	407
14.8.	Auxiliar de atendimento.....	425
15.	RECURSOS HUMANOS.....	425
15.1.	Gestão De Pessoas.....	426
15.1.1.	Sistema de Gestão de Pessoas.....	430
15.1.2.	Comunicação como benefício da Gestão de Pessoas.....	431
15.1.3.	Gestão de pessoas: serviço privado x público.....	433
15.1.4.	Desenvolvimento de Liderança.....	433
15.1.5.	Política de Recursos Humanos.....	436
15.1.6.	Promoção do Primeiro Emprego.....	437
15.1.7.	Salários e benefícios.....	441

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333 / CJ 1703, Centro - Santos/SP CEP: 13013-153
Telefone: (13) 3322-7379 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br
Site: www.alphainstituto.com.br

ANEXO K - Sumário do plano de trabalho do Instituto Alpha em ordem cronológica

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1.-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong-23-11-20.pdf

7 de 548

Exibição de página | Ler em voz alta | Adicionar texto | Desenhar | Realçar | Apagar

ALPHA
INSTITUTO

15.1.8.	Seleção de Pessoal.....	441
15.1.9.	Regulamento de Contratação de pessoal / Mongaguá.....	443
15.1.10.	Controle de Ponto.....	452
15.1.11.	Avaliação do Colaborador.....	452
15.1.12.	Pesquisa de Clima.....	456
15.1.13.	Educação Permanente e continuada.....	458
15.1.14.	Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes.....	468
	Os EPC's (Equipamentos de Proteção Coletiva).....	469
	Facilidades de uma empresa que utiliza a Política de Segurança e Saúde do Trabalho.....	470
	Equipamentos de Proteção Individual para os profissionais da saúde.....	471
	Riscos existentes nos serviços de saúde.....	472
	Os EPI'S (Equipamentos de Proteção Individual para serviços de saúde).....	473
16.	AQUISIÇÕES DE BENS E SERVIÇOS.....	527
16.1.	Modelo de regulamento de contratações / compras.....	527
17.	CONSIDERAÇÕES.....	544
18.	CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO.....	546

ANEXO L – Explicação sobre a estrutura do Sistema Único de Saúde no plano de Trabalho do Instituto Alpha.

https://alphainstituto.com.br/wp-content/uploads/2021/05/1.-CONTRATO-DE-GESTAO-No-002.2021-Plano-de-Trabalho-Mong-23-11-20.pdf

49 de 548

Exibição de página | Ler em voz alta | Adicionar texto | Desenhar | Realçar | Apagar

objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim o bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

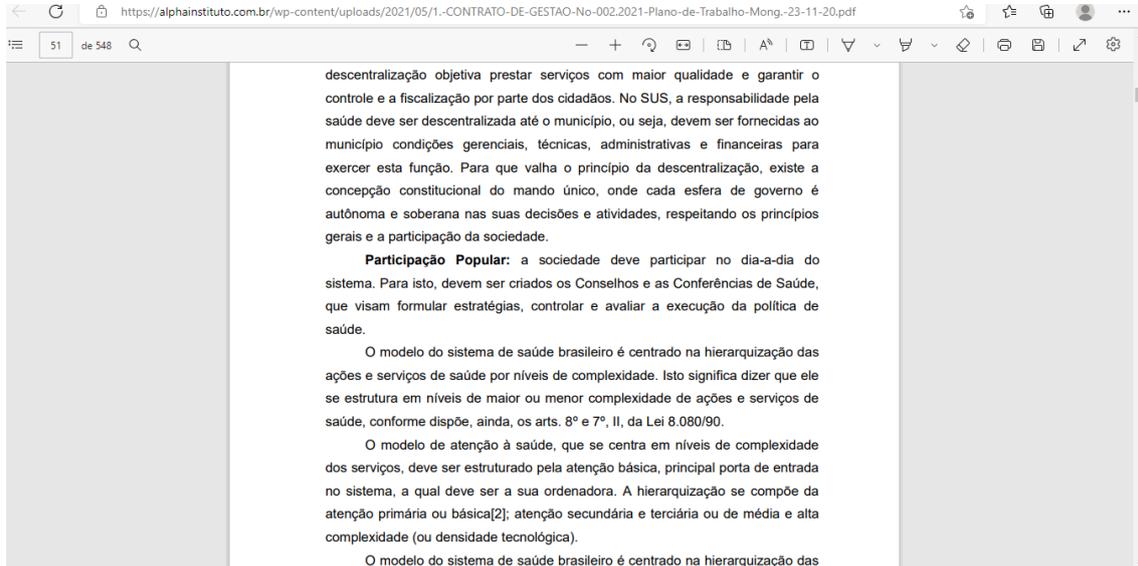
5.1. Sistema único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

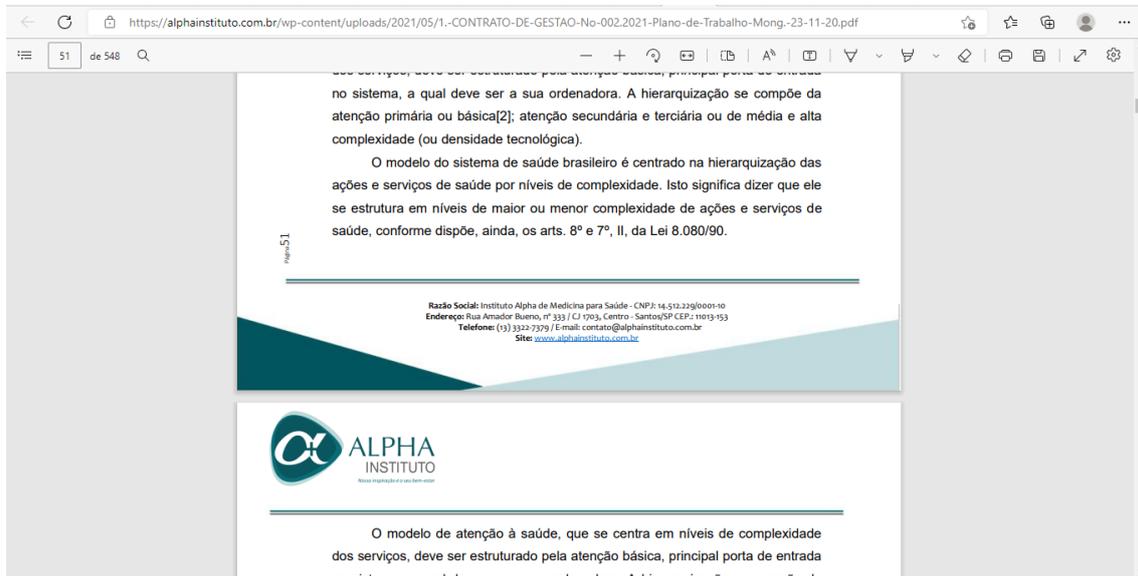
Princípios do SUS

O SUS pode ser entendido como um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.

ANEXO M – Previsão da participação popular na política de saúde local conforme o plano de trabalho do Instituto Alpha



ANEXO N - Previsão da participação popular na política de saúde local conforme o plano de trabalho do Instituto Alpha.



ANEXO O – Site oficial da prefeitura de Mongaguá com a disponibilização do contrato de gestão firmado entre o município e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020.

The screenshot shows the website of the Municipality of Mongaguá. The main heading is "TERMO CONTRATO GESTÃO 045-20 - INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA P/ SAÚDE". Below this, it states "PROCESSO EMERGENCIAL Nº 67/20 - DISPENSA 002/20 - IMPLANTAÇÃO, GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE PRONTO SOCORRO VERA CRUZ" and "17/07/2020 às 15h24". A link for "Termo de Contrato nº 045-2020 (1)" is provided. On the right side, there is a vertical menu with buttons for "Tributo", "Acesso à Informação", "IPTU 2ª Via", "Autorização para Ônibus, Vans e uso de solo", "Diário Oficial Eletrônico", and "Educação". At the bottom, there is a green banner with a cookie consent message and a "CONTINUAR" button. The browser address bar shows "https://mongagua.sp.gov.br/termo-contrato-gestao-045-20-instituto-alpha-de-medicina-p-saude_1".

ANEXO P – Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020.

The screenshot shows a PDF document titled "CONTRATO DE GESTÃO" and "TERMO DE CONTRATO". The document is from the Municipality of Mongaguá, located at Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP, CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000. The text of the contract states: "TERMO DE CONTRATO QUE CELEBRAM ENTRE SI, A PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, NO ÂMBITO DA SAÚDE, PARA GESTÃO, IMPLANTAÇÃO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE, ENLOBANDO A GESTÃO DA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO VERA CRUZ, BEM COMO O FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA MÉDICA PARA A UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE MONGAGUÁ, NOS TERMOS DESTES INSTRUMENTO, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, UNICAMENTE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. ASSIM, SERÁ GARANTIDA A ASSISTÊNCIA ADEQUADA AOS PACIENTES COM REFERÊNCIA ORGANIZADA PARA OS DIVERSOS NÍVEIS E ATENÇÃO, PELO PERÍODO DE 180 (CENTO E OITENTA DIAS)."

CONTRATO Nº 045/2020
 PROCESSO Nº 067/2020
 DISPENSA Nº 002/2020

CONTRATANTES:

Pelo presente termo de contrato em que figuram de um lado, como CONTRATANTE, a PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ, pessoa jurídica de Direito Público Interno, devidamente inscrita no CNPJ nº

ANEXO Q – Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020.

https://ecrie.com.br/sistema/conteudos/arquivo/a_55_0_1_17072020151502.pdf

2 de 21

Exibição de página | Ler em voz alta | Adicionar texto | Desenhar | Realçar | Apagar

necessários para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais a serem desenvolvidas, pelo período de 180 dias.

CLÁUSULA SEGUNDA - Dos Compromissos das Partes:

2.1 - São obrigações da CONTRATADA:

- Garantir a contratação de profissionais qualificados de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência;
- Atendimento necessário para desenvolvimento das ações afetas aos serviços de urgência e emergência;
- Uniformização dos colaboradores;
- Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com os profissionais contratados, inclusive nas rescisões;
- Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;
- Fornecer à Diretoria de Saúde as informações necessárias para garantir que todos os profissionais por ela empregados e ativos sejam devidamente cadastrados no SCSIS, sob pena de descumprimento contratual nos termos da cláusula décima deste instrumento;
- Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados no mercado, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade;
- Utilizar para a contratação de pessoal, critérios técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observados as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas, previdenciárias e sanitárias;
- Manter os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação em saúde permanente. A informação sobre a capacitação da equipe deve ser passada à Diretoria de Saúde sempre que solicitada.

ANEXO R - Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020.

https://ecrie.com.br/sistema/conteudos/arquivo/a_55_0_1_17072020151502.pdf

4 de 21

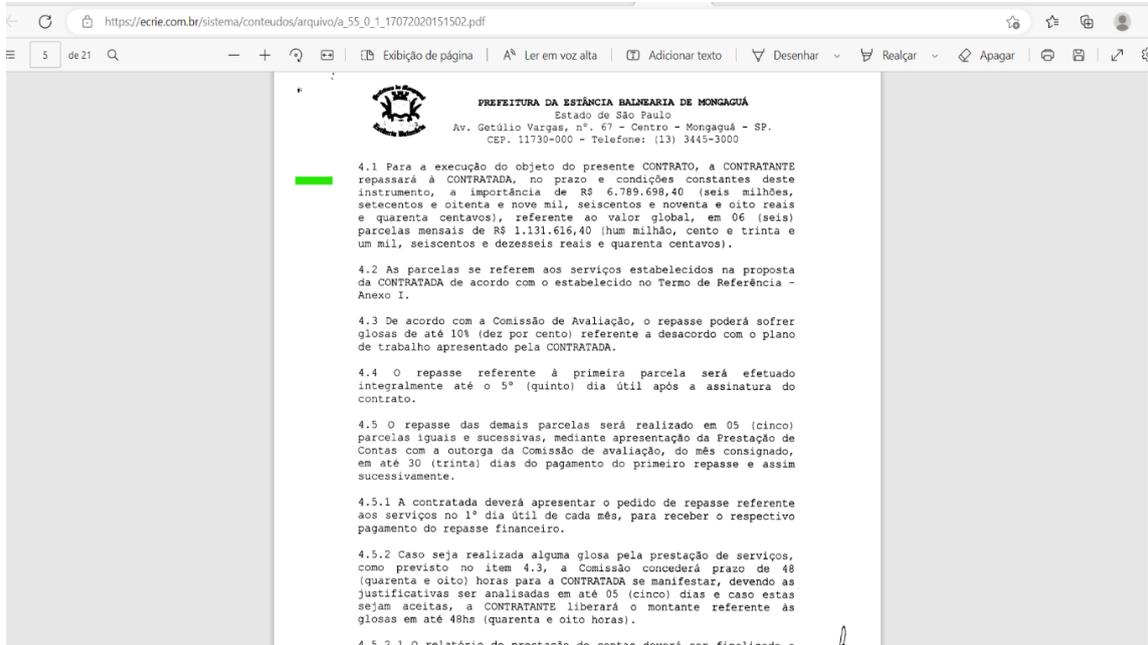
Exibição de página | Ler em voz alta | Adicionar texto | Desenhar | Realçar | Apagar

de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

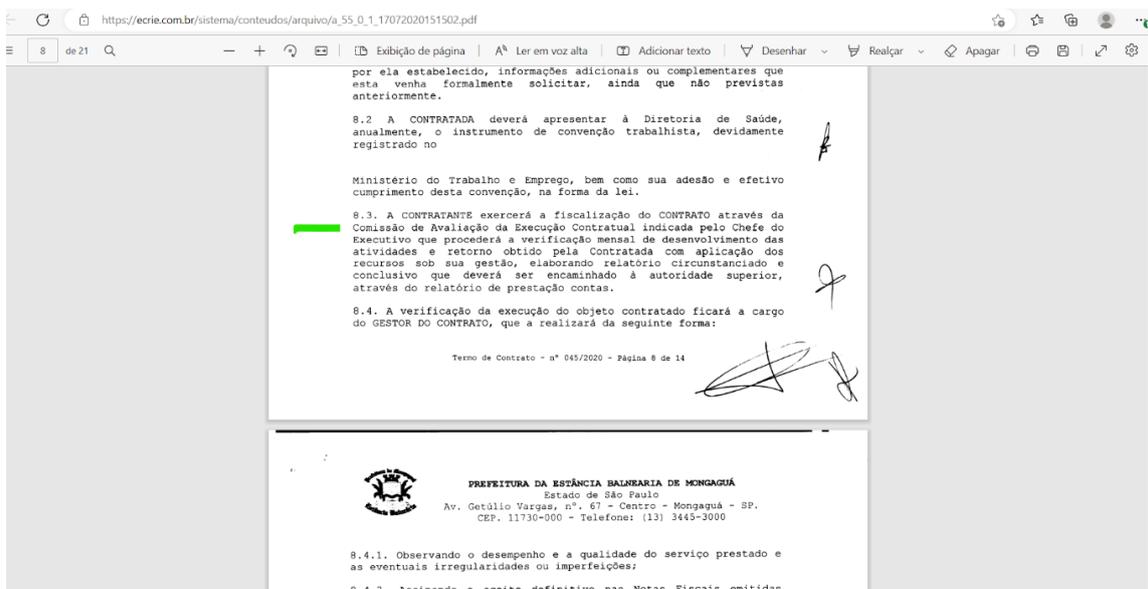
2.2 - São obrigações da CONTRATANTE, além das demais decorrentes do Contrato:

- A Prefeitura de Mongaguá se obriga a prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste CONTRATO e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;
- Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento;
- Desenvolver controle e avaliação periódica através de um preposto designado pelo Prefeito Municipal, o qual observará "in loco" o desenvolvimento dos serviços prestados aos usuários;
- Fiscalizar a execução do Contrato de Gestão;
- Efetuar os repasses nos prazos aqui determinados;
- Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- Analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;
- Criar a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, a ser firmado, a qual analisará mensalmente dos serviços, através do relatório de prestação de contas apresentado pela Contratada.
- Serão observadas todas as formalidades tanto no Relatório Conclusivo elaborado pela Comissão de Avaliação de Contrato, como na análise da regularidade da aplicação dos recursos e da execução do contrato, conforme previsto nos incisos V e VII do art. 48 da Instrução Normativa 01/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

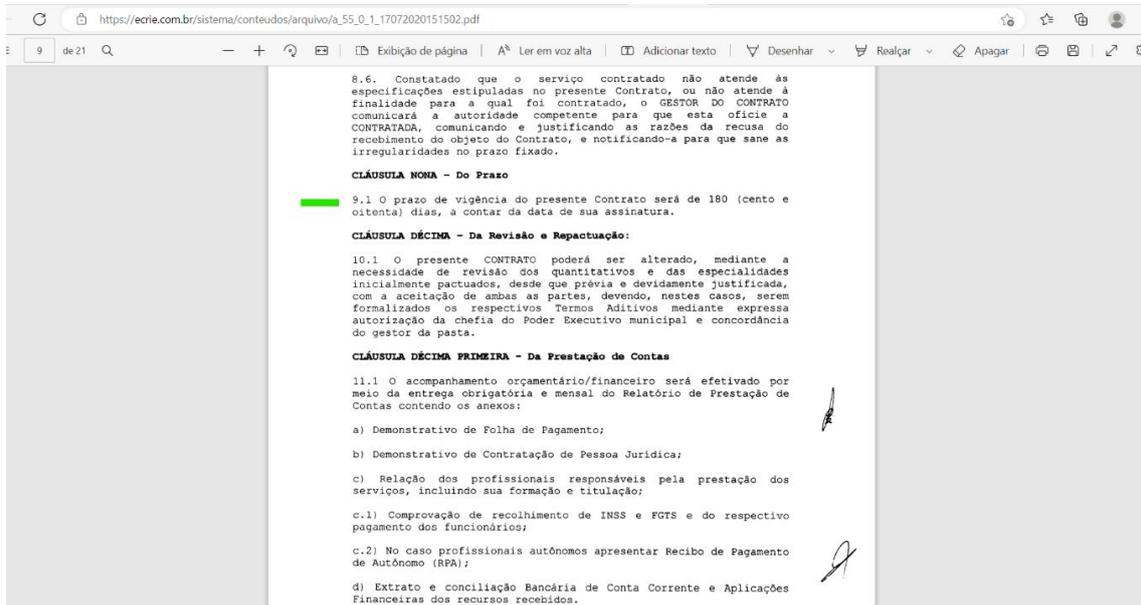
ANEXO S - Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020



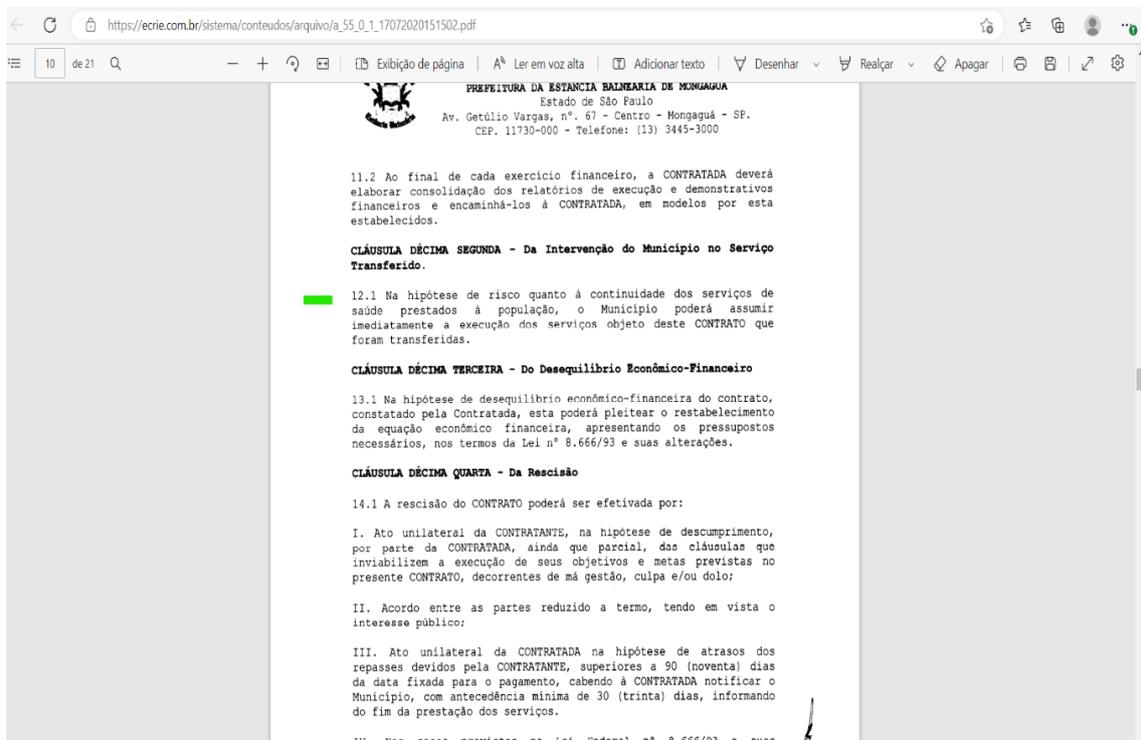
ANEXO T - Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020



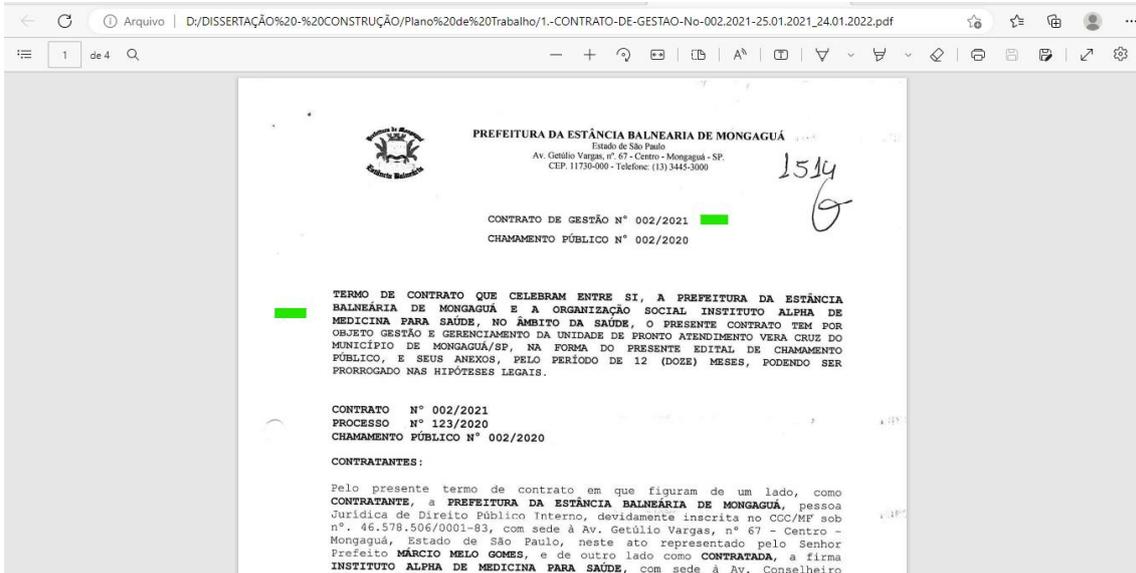
ANEXO U - Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020.



ANEXO V – Contrato de gestão firmado entre o município de Mongaguá e o Instituto Alpha, em 28 de abril de 2020.



ANEXO W – Contrato aditivo celebrado entre a Prefeitura de Mongaguá e o Instituto Alpha em 2021.



ANEXO X - Contrato aditivo celebrado entre a Prefeitura de Mongaguá e o Instituto Alpha em 2021.

