

# SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO: PARCERIAS COM O TERCEIRO SETOR E INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS AO SUS

HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT: PARTNERSHIPS WITH THE THIRD SECTOR AND THE INCORPORATION OF NEW TECHNOLOGIES INTO THE NATIONAL HEALTH SYSTEM  
SALUD Y DESARROLLO HUMANO: ASOCIACIONES CON EL TERCER SECTOR E INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SUS

**Fernando Borges Mânica<sup>1</sup>**

**Clarissa Bueno Wandscheer<sup>2</sup>**

#### Licença CC BY:

Artigo distribuído sob os termos Creative Commons, permite uso e distribuição irrestrita em qualquer meio desde que o autor credite a fonte original.



**Resumo:** O Estado, ao ser detentor da titularidade da prestação da assistência à saúde, enfrenta alguns percalços, tais quais (i) as dificuldades financeiras dos entes prestadores e; (ii) a dependência de novas tecnologias para garantir a adequabilidade deste serviço público. Sendo assim, o presente texto tem por escopo analisar a utilização dos convênios, com entidades do terceiro setor, como ferramenta apta a propiciar eficiência ao atendimento à sociedade. Deste modo, utilizando o método hipotético-dedutivo, é realizado um estudo do ordenamento jurídico pátrio, em conjunto com um levantamento bibliográfico, objetivando a defesa da utilização dos convênios como meios idôneos para a aplicação de recursos públicos do Estado com vistas a propiciar a aquisição de equipamentos que permitam a incorporação de novas tecnologias ao SUS, por via das entidades do terceiro setor.

**Palavras-chaves:** desenvolvimento humano; parcerias na saúde; novas tecnologias; convênios.

**Abstract:** The State, as responsible for the health care service, faces some difficulties, such as (i) financial difficulties among health care providers and; (ii) dependence on new technologies to ensure the suitability of this public service. This text analyzes the use of agreements with third sector entities, as a tool capable of providing efficiency in the services to society. Using the hypothetical-deductive method, a study of the Brazilian legal

- 1 Doutor em Direito do Estado pela USP; Mestre em Direito do Estado pela UFPR; Pós-Graduado em Terceiro Setor pela FGV-SP; Professor Titular de Direito Administrativo da Universidade Positivo – PR; Paraná, Curitiba; Consultor e Procurador do Estado do Paraná; fernando@advcom.com.br.
- 2 Doutora em Direito Econômico e Socioambiental pela PUC-PR; Mestre em Direito Econômico e Social pela PUC-PR. Paraná, Curitiba; Professora doutora da Universidade Positivo (UP) em regime 40 horas. Membro do Grupo de Pesquisa Meio Ambiente: Sociedades Tradicionais e Sociedade Hegemônica (PUC/PR); clarissa.wandscheer@up.edu.br.

system is carried out, together with a bibliographical survey, seeking to defend the use of the agreements as a suitable means for the application of public resources of the State, with a view to propitiating the acquisition of equipment that will enable the incorporation of new technologies into SUS, through the third sector entities.

**Keywords:** human development; health partnerships; new technologies; agreements.

**Resumen:** El Estado, al ser detentor de la titularidad de la prestación de asistencia a la salud, enfrenta algunos percances, tales como (i) las dificultades financieras de los entes prestadores y; (ii) la dependencia de nuevas tecnologías para garantizar la adecuación de este servicio público. Siendo así, el presente texto tiene por objetivo analizar la utilización de los convenios, con entidades del tercer sector, como herramienta apta a propiciar eficiencia al atendimento a la sociedad. De este modo, utilizando el método hipotético deductivo, es realizado un estudio de ordenamiento jurídico patrio, en conjunto con un levantamiento bibliográfico, objetivando la defensa de la utilización de los convenios como medios idóneos para la aplicación de recursos públicos del Estado con vistas a propiciar la adquisición de equipamientos que permitan la incorporación de nuevas tecnologías al SUS, por vía de las entidades del tercer sector.

**Palabras claves:** desarrollo humano; asociaciones en la salud; nuevas tecnologías; convenios.

## INTRODUÇÃO

A Lei n. 13.019/14 trouxe importantes inovações ao regime de parcerias entre o Poder Público e as entidades do terceiro setor. A principal delas consiste na extinção dos convênios público-privados e sua substituição por novos modelos de ajuste, denominados de termos de colaboração, termos de fomento e acordos de cooperação. A única exceção a esse novo modelo de relacionamento com o terceiro setor refere-se ao setor de saúde pública, no qual ainda é possível a celebração de convênios. Por determinação expressa da própria Lei n. 13.019/14, os convênios com o terceiro setor apenas podem ser celebrados “nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição Federal”, que trata da participação privada no sistema único de saúde – SUS. Tal dispositivo constitucional, por sua vez, aduz expressamente que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Nessa medida, o novo quadro legislativo demanda a discussão acerca das possibilidades de celebração de convênios e outras modalidades de parceria com o terceiro setor na área da saúde, em especial

no que tange à incorporação de novas tecnologias aos serviços prestados por entidades do terceiro setor.

É possível distinguir duas grandes correntes na doutrina brasileira acerca do objeto das parcerias na saúde. A primeira, mais restrita, circunscreve a autorização legal para a celebração de parcerias apenas para os casos em que o Poder Público recorre a serviços assistenciais de saúde já prestados por entidades do terceiro setor, tendo como contrapartida o repasse de recursos baseados na tabela SUS. A segunda hipótese, mais ampla, admite também a celebração de parcerias que instrumentalizem o repasse de recursos públicos para investimento privado em tecnologia, permitindo que entidades privadas adquiram equipamentos voltados à prestação de serviços de saúde à população.

O presente estudo objetiva demonstrar que a segunda hipótese merece ser acolhida. Isso porque, como se verá adiante, a incorporação de novas tecnologias ao SUS, tanto por meio da estrutura pública estatal quanto da estrutura privada complementar ao SUS, é essencial para a concretização do direito à saúde, nos termos do artigo 6º, do artigo 196 e do próprio artigo 199, § 1º da Constituição de 1988. Afinal, como ressaltam Fernando AITH e outros, “a definição sobre quais serviços e produtos que serão incorporados ao sistema público de saúde e oferecidos de forma universal constitui, assim, um momento estratégico na conformação das garantias concretas de efetivação da saúde como direito a ser preservado de forma integral”.<sup>3</sup> Portanto, não apenas os convênios, mas todas as parcerias com o terceiro setor na área da saúde, podem ter como objeto a soma de esforços que envolvam, de um lado o repasse de recursos públicos e de outro lado a aquisição e consequente disponibilização de serviços assistenciais de saúde dependentes de tecnologia aos usuários do SUS.

O tema possui especial relevância na conjuntura econômica, social e jurídica do país. No atual cenário de escassez de recursos e crise financeira do Estado, a implantação de parcerias eficazes é essencial para o adequado aproveitamento dos recursos públicos. No atual ambiente social de pobreza e desemprego, a providência de serviços de saúde à população, em especial a mais carente, é

3 AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmim; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

imprescindível para a garantia de condições mínimas de desenvolvimento humano. No atual quadro legislativo, marcado por importantes inovações normativas, é importante garantir segurança jurídica para os atores estatais e privados envolvidos na prestação de serviços públicos de saúde.

Para alcançar o objetivo proposto, o desenvolvimento do trabalho encontra-se organizado em quatro itens. No primeiro, é tratada a relação entre saúde, desenvolvimento humano e novas tecnologias. No segundo item, são analisados os deveres estatais em relação ao direito à saúde. No terceiro, trata-se da previsão constitucional de participação privada na prestação de serviços assistenciais de saúde. No quarto item, são sistematizados os modelos de parceria atualmente admitidos no Direito brasileiro para a prestação privada de serviços de saúde por entidades do terceiro setor. No quinto e último item é discutida, especificamente, a delimitação do objeto das parcerias, com demonstração da possibilidade de repasse de recursos públicos para investimento em tecnologia por entidades do terceiro setor. Ao cabo, são tecidas algumas conclusões.

Utilizou-se na pesquisa o método hipotético-dedutivo, a partir de referências legislativas e constitucionais, tendo como premissa a ideia central de que a participação privada complementar ao SUS por meio de parcerias deve dar máxima concretude ao direito constitucional à saúde e, assim, proporcionar o desenvolvimento humano em sua integralidade.

## **1. SAÚDE, DESENVOLVIMENTO HUMANO E NOVAS TECNOLOGIAS**

No século XX, ao passo em que houve a consagração do direito à saúde em tratados internacionais e em Constituições de diversos Estados, ocorreu importante avanço tanto no conhecimento científico quanto no custo da assistência à saúde. É que, ao contrário do que normalmente ocorre em outros setores, na saúde o avanço tecnológico não implica redução de custos. Isso se explica, em grande parte, pela própria fluidez do conceito de saúde hoje adotado, o qual, para alguns, refere-se muito mais a um objetivo a ser constantemente buscado do que uma condição previamente definida.

A saúde é atualmente entendida como um estado dinâmico do organismo humano que resulta da interação momentânea de fatores internos e externos.

Não se trata de mera ausência de doença, mas da 'completa condição de bem-estar físico, mental e social'. Esse é o conceito adotado em 26 de julho de 1946 pela Constituição da Organização Mundial da Saúde. Há, pois, um amplo espaço que vai desde a doença até o estado de saúde, o qual varia conforme o padrão genético e comportamental, aliado à condição econômica, social, ambiental e tecnológica em que determinada pessoa se encontra inserida. Como se referiu Moacyr Scliar, o conceito atual de saúde aproxima-se do conceito subjetivo de felicidade e configura antes uma 'imagem-horizonte' do que um 'alvo concreto'<sup>4</sup>

Conforme Amartya Sen, a saúde está entre as mais importantes condições da vida humana, de modo que a saúde é ínsita à noção de justiça, configurando instrumento essencial para que todos possam desenvolver suas potencialidades.<sup>5</sup> Trata-se, portanto, de um direito condicionado e condicionante de outros direitos. Ao passo que a saúde é influenciada por questões culturais, ambientais, educacionais, etc., a plena fruição de tais direitos depende de adequadas condições de saúde de cada indivíduo.

A ampliação na forma da prestação de serviços de saúde contribui para que as pessoas possam atingir um bem-estar mínimo e possam fazer livremente suas escolhas. Pois:

O fato de que a saúde é central em nosso bem-estar precisa ser enfatizado, bem como o reconhecimento igualmente básico de que as liberdades e possibilidades que somos capazes de exercer dependem de nossas realizações da saúde. O fato é que não somos capazes de fazer muita coisa se estamos incapacitados ou somos incessantemente atormentados pela doença, e podemos fazer de fato muito pouco se não estamos vivos.<sup>6</sup>

Ao logo da história, as condições de bem-estar, de felicidade e de capacidade de usufruir de outros direitos foram determinadas pela organização econômica e social do grupo e pelos meios científicos e técnicos disponíveis.<sup>7</sup> Pode-se dizer, nessa medida, que o pleno gozo de todos os direitos depende da condição de

4 SCLIAR, Moacyr. **Do Mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2.ed. São Paulo: Senac, 2005, p.94.

5 SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. Tradução: Bernardo Ajzenberg, Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 76.

6 SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**, p.85

7 ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Trad. Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal, 1980, p. 213.

saúde de cada cidadão, que por sua vez é dependente da tecnologia disponível em cada momento histórico.

Deve-se notar, de outro bordo, que na medicina o processo de difusão de novas tecnologias é bastante rápido, de modo que novas técnicas de tratamento são difundidas pelos diversos profissionais de forma acelerada. O avanço tecnológico ocorre tanto no diagnóstico quanto na prevenção e no tratamento de enfermidades. No diagnóstico, a inovação torna possível tanto a detecção precoce de doenças quanto a visualização de distúrbios à saúde até então não considerados. O tratamento antecipado e por meio de novos procedimentos conduz a uma vida mais longa e à possibilidade de que outras doenças, outros métodos diagnósticos e outros tratamentos sejam criados e utilizados pelas pessoas. Daí dizer-se que cada cultura e cada época têm critérios próprios para distinguir o normal do patológico.<sup>8</sup>

Tal é a velocidade e a importância da tecnologia na saúde, que o processo de incorporação de novas tecnologias ao sistema público de saúde brasileiro encontra-se especificamente disciplinado pela Lei n. 12.401/11, que alterou a Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90. Tal ato normativo instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC, encarregada de assessorar o Ministério da Saúde a decidir pela incorporação a exclusão ou a alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos a serem disponibilizados pelo SUS. Nesse bordo, o Decreto Federal n. 7.646/11 define tecnologias em saúde como os ‘medicamentos, produtos e procedimentos por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde devam ser prestados à população, tais como vacinas, produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais’.

Uma vez incorporada uma nova tecnologia ao SUS, cumpre ao Poder Público disponibilizar seu uso aos cidadãos usuários do sistema, segundo as diretrizes do SUS, como a da universalidade, a integralidade e a gratuidade. Deve-se notar, contudo, que as novas tecnologias na área da saúde não são substitutas das antigas. Pelo contrário, são em sua maioria cumulativas, como se pode constatar no caso da

8 SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988, p.69.

utilização da ressonância magnética que não exclui a tomografia computadorizada nos testes de diagnóstico.<sup>9</sup> Dessa característica do setor de saúde decorre a conclusão de que a alta dos preços na medicina não decorre do encarecimento da medicina tradicional, mas do surgimento de novos tratamentos médicos.<sup>10</sup> Não por outro motivo, um dos critérios para a aprovação da incorporação de novas tecnologias ao SUS pela CONITEC leva em conta a 'avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar' (artigo 19-Q, § 2º, inciso II da Lei n. 8.080/90, com redação dada pela Lei n. 12.401/11). Tal critério, obviamente, não é absoluto e não pode impedir a incorporação de tecnologias dotadas de evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, conforme também prevê a legislação em referência (artigo 19-Q, § 2º, inciso I).

Nesse quadro, a equação para garantia estatal do direito à saúde é bastante complexa. Em primeiro lugar, é evidente a dependência da saúde em relação às novas tecnologias, cada vez mais caras. Em segundo lugar, são também evidentes as dificuldades financeiras do Estado brasileiro, em especial diante das recentes restrições no orçamento público, como aquela trazida pela Emenda Constitucional n. 95/16. Tais fatores exigem formas de articulação e organização social que permitam e garantam o acesso à saúde, com a disponibilização universal de tratamentos com uso das novas tecnologias incorporadas ao SUS. Tais modelos envolvem, também, a participação privada, nos termos do artigo 199, §1º da Constituição Federal.

## 2. DIREITO À SAÚDE, DEVERES ESTATAIS E PARCERIAS COM O TERCEIRO SETOR

Enquanto a saúde é entendida, já há algum tempo, como um estado dinâmico do organismo humano que resulta da interação momentânea de fatores internos e externos, dependentes do estágio de desenvolvimento tecnológico em cada momento histórico; o direito à saúde possui conotação específica, definida pelo conjunto de normas jurídicas vigentes em determinado país. Não por outro motivo,

<sup>9</sup> CASTRO, Maria Helena L. **A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do estado**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. p.7.

<sup>10</sup> DWORKIN, Ronald. **A justiça e o alto custo da saúde**. In: \_\_\_\_\_. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. Trad. Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p.433.

tem razão Sueli Gandolfi Dallari, ao afirmar que o direito de todos à saúde deve ser compreendido *dentro dos parâmetros impostos pela mais atualizada doutrina constitucional*.<sup>11</sup> Nesse plano, o direito à saúde pode ser visualizado sob dois prismas: como direito individual de não sofrer violação por parte do Estado ou de terceiros (direito individual de defesa); e como direito social de obter ações e serviços voltados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (direito social a prestações).<sup>12</sup>

A Constituição Brasileira trata do direito à saúde em diversos dispositivos, sendo arrolada no artigo 6º, dentre os direitos sociais, e especificada no artigo 196, que assim prescrevem:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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

Para assegurar a concretização do direito à saúde de forma racionalizada, o ordenamento jurídico impõe ao Poder Público um conjunto de funções voltadas à organização e ao funcionamento do sistema público de saúde, denominado pelo artigo 198 da Constituição Federal de 'sistema único de saúde – SUS'. Tais funções são denominadas de 'ações e serviços públicos de saúde – ASPs', das quais merecem destaque: a formulação de políticas públicas, o financiamento das atividades públicas e privadas, a regulação de todo o setor, a fiscalização das atividades que possam afetar a saúde das pessoas e a prestação dos serviços de assistência à saúde.<sup>13</sup> Tais atividades estão contidas nos incisos do artigo 200 da Constituição Federal, que relaciona, além das atividades assistenciais, um conjunto de outras ações e serviços a ser executado pelo Poder Público. Eis o teor do dispositivo:

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

- 11 DALLARI, Sueli Gandolfi. O conceito jurídico de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.33.
- 12 LOUREIRO, João Carlos S. G. Direito à (proteção da) saúde. In: MIRANDA, Jorge. **Estudos em homenagem ao professor Doutor Marcelo Caetano**. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2006. v.1, p.674.
- 13 MÂNICA, Fernando Borges. **Prestação de Serviços de Assistência à Saúde pelos Municípios**. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 35.



- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Esse rol foi detalhado pela Lei Complementar n. 141/12, que especificou o conjunto de prestações que deve ser considerado como ações e serviços para fins de cálculo do investimento mínimo constitucional em saúde. Portanto, os deveres estatais voltados à garantia do direito à saúde vão muito além da prestação de serviços de assistência à saúde, pois incluem atividades relacionadas ao poder de polícia, formulação de políticas públicas, regulação e até mesmo orientação mediante campanhas educativas. Nesse caminho, o Supremo Tribunal Federal relacionou as seguintes determinações constitucionais voltadas à concretização do direito à saúde:

Para que se garanta a efetivação do direito à saúde, a Constituição Federal traçou, de forma detalhada, as funções do Estado, do seguinte modo: a) estabeleceu as diretrizes básicas da política de saúde a serem adotadas (art. 198 da CF); b) atribuiu a lei complementar a definição dos padrões mínimos de financiamento das ações e serviços de saúde (art. 198, §§ 1º, 2º e 3º da CF); c) determinou que a regulação, a fiscalização e o controle do setor sejam realizados nos termos da lei (art. 197 da CF); d) estabeleceu que é dever do Estado prestar serviços públicos de saúde, diretamente, ou indiretamente, mediante a participação complementar da iniciativa privada (cf. arts. 197 e 199, § 1º, da CF).<sup>14</sup>

Todas essas atividades são influenciadas pelos avanços tecnológicos. Mas é na prestação de serviços à saúde da população que tal condicionamento

14 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Tribunal Pleno, Relator Min. Dias Toffoli. **Diário de Justiça da União**, 8 abr. 2016.

revela-se mais intenso, como analisado no tópico anteriormente. Nessa medida, é importante ressaltar a distinção conceitual adotada pela própria regulamentação do SUS acerca das atividades de 'assistência à saúde' e das atividades de 'atenção à saúde'. Segundo a Norma Operacional Básica do SUS n. 01/96, veiculada pela Portaria GM/MS n. 2.203/06, assistência à saúde corresponde à 'prestação de atendimento individual ou coletivo em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar'. Já a atenção à saúde possui sentido amplo, incluindo intervenções ambientais e políticas externas ao setor de saúde, que congregam todos os demais fatores externos que incidem sobre a saúde das pessoas, como as relativas a políticas macroeconômicas, emprego, habitação, educação, lazer e qualidade dos alimentos.

Enquanto a atenção à saúde é formada por uma série de providências estatais de diversa natureza, a assistência à saúde é prestada diretamente aos cidadãos, de modo a promover, proteger e recuperar sua saúde. Tal atuação é realizada por meio do atendimento individual ou coletivo e pode ocorrer em âmbito hospitalar, ambulatorial ou mesmo domiciliar. Na linguagem jurídica, a assistência à saúde prestada pelo Poder Público insere-se, assim, na noção jurídica de 'serviço público', definida por Celso Antônio Bandeira de Mello como:

[...] toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material destinada à satisfação da coletividade em geral, mas fruível singularmente pelos administrados, que o Estado assume como pertinente a seus deveres e presta por si mesmo ou por quem lhe faça as vezes, sob um regime de Direito Público – portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais –, instituído em favor dos interesses definidos como públicos no sistema normativo.<sup>15</sup>

Portanto, pode-se concluir que uma das formas de o Poder Público garantir o direito à saúde (atenção à saúde) corresponde à prestação de serviços públicos de saúde (assistência à saúde). É dessa segunda tarefa, mais específica, que trata especificamente o artigo 199 da Constituição Federal, que em seu parágrafo primeiro prevê a participação de entidades do terceiro setor no SUS:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante

15 MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 2006, p. 652.

contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Nessa medida, deve-se assinalar que o SUS não foi concebido pela Constituição de 1988 como uma estrutura assistencial exclusivamente estatal. Isso porque os provedores de serviços públicos de saúde possuem natureza estatal e privada, com ou sem fins lucrativos, como explica Jairnilson Silva Paim:

Integram também o SUS os órgãos e instituições da chamada administração indireta, a exemplo das autarquias, fundações e empresas públicas. Assim, serviços e estabelecimentos de saúde vinculados à administração indireta poderiam gozar de maior autonomia de gestão, adequando-se melhor à natureza e às especificidades das ações de saúde. A iniciativa privada pode participar do SUS, em caráter complementar, mediante contrato regido pelo direito público. Nesse sentido, os serviços privados e filantrópicos contratados funcionam como se públicos fossem.<sup>16</sup>

Portanto, dentre os deveres estatais no setor de saúde, a prestação de serviços assistenciais, em âmbito hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, ocorre tanto por meio da estrutura administrativa estatal quanto por meio de parcerias com o terceiro setor. Nos dois casos o atendimento ao cidadão deve respeitar as diretrizes do SUS e dispor das novas tecnologias incorporadas ao sistema.

### **3. CONSTITUCIONALIDADE DAS PARCERIAS NO SUS**

Durante algum tempo, houve discussão quanto à constitucionalidade das parcerias com o terceiro setor no Brasil. Esse debate foi enfrentado pelo Supremo Tribunal Federal em duas oportunidades no ano de 2015. Em ambas, o entendimento acolhido pela corte suprema foi no sentido de que as parcerias com a iniciativa privada consistem em opções constitucionalmente admitidas para a prestação de serviços públicos de assistência à saúde.

A primeira decisão que consolidou em solo pátrio a constitucionalidade das parcerias no SUS refere-se à Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1923, em que se discutia a constitucionalidade do modelo de gestão por Organizações Sociais. No voto vencedor que guiou o Acórdão, publicado em 17 de dezembro

16 PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 36.

de 2015, o Min. Luiz Fux deixou consignada a constitucionalidade das parcerias com o terceiro setor nas áreas sociais, como a saúde e a educação.

O entendimento sufragado pelo Plenário do STF afasta a ideia de que os serviços públicos de saúde no Brasil devem ser prestados apenas por estruturas estatais, bem como repele o clássico argumento de que as parcerias afrontam a exigência de concurso público, prevista no artigo 37, II da Constituição Federal. Tal tese, como bem ressaltou Luiz Fux, é falsa na medida em que cabe aos poderes constituídos definir o melhor modelo de atuação estatal em cada momento histórico. Nas palavras do Min. Luiz Fux:

A atuação da Corte Constitucional não pode traduzir forma de engessamento e de cristalização de um determinado modelo pré-concebido de Estado, impedindo que, nos limites constitucionalmente assegurados, as maiorias políticas prevalecentes no jogo democrático pluralista possam pôr em prática seus projetos de governo, moldando o perfil e o instrumental do poder público conforme a vontade coletiva.<sup>17</sup>

A segunda decisão paradigmática proferida no ano de 2015 refere-se ao Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. No voto vencedor, o Relator, Min. Dias Toffoli, seguido pela unanimidade do STF, assim decidiu acerca das parcerias na saúde:

A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrega novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde. Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federativos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina.

Isso não implica que haja supremacia da Administração sobre o particular, que pode atuar, em parceria com o setor público, obedecendo sempre, como mencionado, os critérios da consensualidade e da aderência às regras públicas. Como se constata pelas exitosas experiências em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda, Portugal e

17 BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1923/DF. Tribunal Pleno, Relator para o acórdão Min. Luiz Fux. **Diário de Justiça da União**, 17 dez. 2015.

Reino Unido, dentre outros, na área da saúde, importantes requisitos das parcerias, como contratualização, flexibilidade, possibilidade de negociação, consensualismo, eficiência e colaboração são fundamentais para que os serviços possam ser prestados de forma ao menos satisfatória.

Dessa perspectiva, como já escreveu Mânica:

“[P]ode-se concluir que a assistência prestada por meio da iniciativa privada deve complementar as atividades de competência do SUS, as quais não podem ser integralmente executadas por terceiro. Tal entendimento veio ao encontro do que dispõe o artigo 197, que não faz qualquer balizamento à possibilidade de participação privada na prestação de serviços. Assim, quando a Constituição Federal menciona a complementaridade da participação privada no setor de saúde, ela determina que a participação da iniciativa privada deve ser complementar ao SUS, incluídas todas as atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização”.<sup>18</sup>

Entretanto, essa complementariedade não autoriza que se desconfigure a premissa maior na qual se assenta o serviço de saúde pública fixada pela Carta Maior: o Sistema Único de Saúde orienta-se, sempre, pela equanimidade de acesso e de tratamento; a introdução de medidas diferenciadoras, salvo em casos extremos e justificáveis, é absolutamente inadmissível.<sup>19</sup>

Note-se que, nesta segunda decisão o STF deixou claro que na prestação de serviços de assistência à saúde da população, a participação privada é admitida, desde que respeitados os princípios e as diretrizes do SUS. Nesse passo, a interpretação constitucional acolhida pelo Supremo Tribunal Federal inverte a lógica adotada durante algum tempo no Brasil por parte da doutrina e da jurisprudência. Tal inversão consiste no reconhecimento da supremacia do direito fundamental à saúde em detrimento de um determinado modelo estatal de prestação de serviços.

O reconhecimento do direito à saúde no centro da esfera hermenêutica, como definidor e não como consequência do modelo organizacional de sua prestação, já vinha sendo defendido há algum tempo por parte da doutrina, com alguma

18 MÂNICA, Fernando Borges. Panorama histórico legislativo do terceiro setor no Brasil: do conceito de terceiro setor à Lei das OSCIP. Artigo. In: OLIVEIRA, Gustavo H. Justino (Coord.). **Terceiro Setor, Empresas e Estado: Novas Fronteiras entre o Público e o Privado**. Belo Horizonte: Fórum, 2007, p. 7.

19 BRASIL Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Tribunal Pleno, Relator Min. Dias Toffoli. **Diário de Justiça da União**, 8 abr. 2016.

repercussão, ainda que tímida nos tribunais pátrios. Conforme Paulo Modesto, a palavra 'saúde', constante do artigo 199 da Constituição, refere-se a um bem jurídico, a uma utilidade fruível pelo administrado, que deve ser assegurada pelo Estado, independentemente deste fazê-lo direta ou indiretamente, mediante emprego do aparato público ou da utilização de terceiros.<sup>20</sup>

O ponto central das decisões do Supremo Tribunal Federal consiste não apenas no reconhecimento da constitucionalidade das parcerias no setor de saúde, mas na garantia de que a prestação de serviços de assistência à saúde, independente da natureza jurídica do ente provedor, obedeça aos princípios e às diretrizes do SUS. O desenvolvimento humano pode ser garantido, portanto, por serviços de assistência à saúde prestados tanto por estruturas estatais quanto por estruturas privadas.

#### **4. MODELOS DE AJUSTE COM O TERCEIRO SETOR NA ÁREA DA SAÚDE**

O parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal, anteriormente colacionado, faz referência expressa aos 'contratos de direito público' e aos 'convênios' como vínculos a serem firmados com o setor privado para a prestação complementar de serviços de assistência à saúde. A diferença entre ambos os modelos de ajuste decorre na existência ou não de reciprocidade entre os deveres fixados na avença.

Nos contratos de direito público, o Estado ajusta com a iniciativa privada a obtenção de serviços assistenciais de saúde a preço certo mediante o pagamento por contraprestações fixas e predeterminadas. Já nos convênios, o Estado colabora com a iniciativa privada para que esta tenha condições de prestar serviços à população, mediante transferência de recursos desvinculada de prestações específicas.

Portanto, a participação privada no SUS pode ocorrer por meio da 'compra de serviços', instrumentalizada por meio de 'contratos de direito público', ou por meio de transferências ou por meio de 'convênios'. Enquanto nos contratos a prestação estatal tem natureza de pagamento, nos convênios a natureza do repasse de recursos públicos é referida na legislação orçamentária como 'transferência'.

20 MODESTO, Paulo. Convênio entre entidades públicas executado por fundação de apoio. Serviço de saúde público e serviço de relevância pública na Constituição de 1988. Forma de prestação de contas das entidades de cooperação após a emenda constitucional n 19/98. *Revista Diálogo Jurídico*, Salvador, n. 11, p. 8, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

As transferências, normalmente denominadas de 'transferências voluntárias', podem ser de diversas espécies e finalidades, mas todas têm como ponto em comum a inexistência de contraprestação específica em bens ou serviços.

Deve-se notar que no momento em que a Constituição de 1988 foi promulgada, havia apenas uma modalidade de ajuste voltado à disciplina jurídica das transferências de recursos ao terceiro setor. Essa modalidade de vínculo correspondia aos convênios, regulamentados pelo artigo 116 da Lei n. 8.666/93 e por atos infralegais que tratam especificamente do tema. No entanto, com o passar do tempo, novas modalidades de parceria foram introduzidas no ordenamento pátrio por legislação específica, como é o caso da Lei n. 9.637/98 (Contratos de Gestão), Lei n. 9.790/99 (Termos de Parceria) e Lei n. 13.019/14 (Termos de Colaboração, Termos de Fomento e Acordos de Cooperação). Todas elas instrumentalizam a soma de esforços para a obtenção de um resultado de interesse comum, mediante transferência de recursos públicos.

Com isso, o quadro legislativo pátrio demanda nova leitura ao disposto no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal, de modo que a expressão 'convênio' lá referida passasse a significar não apenas os convênios disciplinados pelo artigo 116 da Lei n. 8.666/93, mas todas as modalidades de parceria com entidades do terceiro setor marcadas pela conjugação de esforços em prol de um interesse comum.

Nesse novo cenário institucional, coexistem, portanto, duas acepções do vocábulo 'convênio'. Em sentido amplo, convênio refere-se a toda e qualquer modalidade de parceria com o terceiro setor que discipline a transferência de recursos públicos para o desenvolvimento de ações de interesse recíproco. Em sentido estrito, convênio significa uma das espécies de parceria com o terceiro setor, disciplinada especificamente pelo artigo 116 da Lei n. 8.666/93. Nesse passo, a expressão convênios com o terceiro setor em sentido amplo é sinônima da expressão parcerias com o terceiro setor e compreende:

- os Convênios com o terceiro setor em sentido estrito, disciplinados pelo art. 116 da Lei n. 8.666/93;
- os Contratos de Gestão, disciplinado pela Lei n. 9.637/98;
- os Termos de Parceria, disciplinado pela Lei n. 9.790/99;

- os Termos de Colaboração, Termos de Fomento e Acordos de Cooperação disciplinados pela Lei n. 13.019/14.

Esse cenário representa novos arranjos institucionais e alternativas para a prestação de um serviço público essencial para a garantia das liberdades subjetivas individuais. Pois “recursos são substituíveis e mecanismos sociais podem melhorar a saúde dos despossuídos, não necessariamente em detrimento do atendimento de saúde de outras pessoas, mas também por meio de arranjos sociais diferentes ou de uma alocação de recursos modificada.”<sup>21</sup>

Deve-se ressaltar, ainda, no que tange aos convênios com terceiro setor em sentido estrito, que sua celebração apenas é admitida no ordenamento brasileiro se tiverem como objeto a assistência à saúde. É o que se depreende da interpretação conjugada dos seguintes dispositivos da Lei n. 13.019/14, que assim dispõe:

Art. 84. (...)

Parágrafo único. São regidos pelo art. 116 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, convênios:

(...)

II - decorrentes da aplicação do disposto no inciso IV do art. 3º.

Art. 3º. (...)

(...)

IV - aos convênios e contratos celebrados com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição Federal.

Não restam dúvidas, portanto, que os convênios referidos pelo artigo 199, § 1º da Constituição Federal correspondem a todas as modalidades de ajuste com o terceiro setor que disciplinem a transferência de recursos públicos a serem aplicados em serviços de assistência à saúde da população.

## **5. PARCERIAS COM O TERCEIRO SETOR E A APLICAÇÃO DE RECURSOS PARA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS AO SUS**

Conforme previsto na Lei n. 4.320/67, que estabelece as Normas Gerais de Direito Financeiro, as transferências de recursos financeiros para o setor privado

<sup>21</sup> SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**, p.81.



são despesas orçamentárias voltadas ao custeio, ao investimento ou à cobertura de deficits de pessoas físicas ou jurídicas (com ou sem fins lucrativos), realizadas sem contraprestação direta em bens ou serviços. As transferências para o setor privado são classificadas em transferências correntes e transferências de capital. Deve-se notar que essa classificação, por ter como critério a categoria econômica da despesa, aplica-se tanto às transferências para o setor privado quanto para as transferências intergovernamentais.

Os requisitos gerais, bem como os requisitos específicos de cada modalidade de transferência, constam da legislação orçamentária de cada ente federativo, em especial da Lei de Diretrizes Orçamentárias, ou de lei específica. É dever do Poder Público observar tais exigências, tanto no processo de decisão pela celebração de uma parceria, quanto no processo de execução e fiscalização da avença.

Nessa medida, é importante consignar que a disciplina jurídica da atividade financeira do Estado é dada pelos artigos 165 a 169 da Constituição Federal, com regulamentação estabelecida por um conjunto de leis que pode ser assim sistematizado: (i) a já citada Lei Federal n. 4.320, de 17 de março de 1964, que trata de Normas Gerais de Direito Financeiro; (ii) o Decreto-lei n. 93.872, de 23 de dezembro de 1986, que dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional; (iii) a Lei Complementar Federal n. 101, de 4 de maio de 200, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal; e (iv) leis orçamentárias de cada ente federativo (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual).

A Lei n. 4.320/64, ao tratar dos repasses públicos, classifica a despesa em despesa corrente e despesa de capital. A despesa corrente é classificada como despesa de custeio, quando voltada ao pagamento por serviços e obras de manutenção; e como transferência corrente, quando não corresponde à contraprestação direta em bens ou serviços. Já a despesa de capital é classificada como investimento, quando voltada a pagar pelo planejamento e a execução de obras, aquisição de instalações, equipamentos e material permanente; como inversão financeira, quando voltada à aquisição de imóveis, ou de bens de capital já em utilização e à aquisição de capital de empresas; e como transferência de capital, nos casos em que o investimento ou a inversão financeira não tenha contraprestação direta em bens ou serviços.

Assim, conforme a legislação de regência, as transferências de capital são despesas orçamentárias voltadas a inversões financeiras (inclusive para aquisição de imóveis) ou a investimentos em obras, equipamentos e instalações. Podem ocorrer a título de auxílios, que são previstos e disciplinados diretamente na legislação orçamentária, e a título de contribuições de capital, previstas e disciplinadas em lei especial. Portanto, é lícito concluir que os convênios (em sentido amplo) envolvem o repasse de recursos públicos a entidades privadas, os quais independem de contraprestação específica e podem ser aplicados em despesas de custeio e despesas de capital, conforme previsão orçamentária específica.

No que toca à legislação específica de cada modalidade de ajuste, a previsão de gastos necessários à prestação de serviços de assistência à saúde deve constar do Plano de Trabalho ou Programa de Trabalho integrante da avença. Este é o documento que prevê o relacionamento entre os envolvidos, com o detalhamento das ações a serem prestadas, dos gastos envolvidos, dos prazos e das metas a serem alcançadas. Além disso, o Plano de Trabalho deve conter padrões de desempenho e qualidade a serem alcançados pela entidade privada na execução de uma parceria com o terceiro setor. Não há impedimento, à luz da análise até o momento realizada, de que tal documento preveja investimento de recursos públicos na incorporação de novas tecnologias, com aquisição de equipamentos e construção de novas estruturas instrumentais e integralmente voltadas à prestação de serviços de saúde.

O tema é tratado de modo geral na legislação dos Convênios, dos Contratos de Gestão e dos Termos de Parceria. Já a Lei n. 13.019/14, que trata dos Termos de Colaboração, Termos de Fomento e Acordos de Cooperação, aborda o tema de modo bastante específico. Em todos os casos, como se verá, é permitido o investimento de recursos públicos em despesas relacionadas à incorporação de novas tecnologias, desde que haja previsão nos Planos de Trabalho.

Na legislação dos convênios, o tema é tratado pelo § 1º do artigo 116 da Lei n. 8.666/93, que prevê como requisitos do Plano de Trabalho a 'identificação do objeto', o 'plano de aplicação dos recursos' e até mesmo a previsão de 'obras ou serviços de engenharia'. Já a Lei das Organizações Sociais – Lei n. 9.637/98 – prevê que conste do Contrato de Gestão a especificação de um Programa de Trabalho (art. 7º, I) e exige que a entidade publique um regulamento para contratação de obras, serviços

e compras (art. 17). De modo similar, a Lei das OSCIPs – Lei n. 9.790/99 – exige que a especificação do Programa de Trabalho junto ao Termo de Parceria, bem como prevê que a entidade edite um regulamento próprio para contratação de obras, serviços e compras com emprego de recursos públicos (art. 10, § 2º, I, e art. 14).

A questão central em tais modelos de ajuste reside, como se percebe, na previsão de gastos com incorporação de novas tecnologias, a qual deve ocorrer no Programa ou no Plano de Trabalho elaborado quando da celebração do ajuste. Aquisição de equipamentos de alta tecnologia é necessária ao tratamento e devida prestação de diversos serviços de assistência à saúde, de modo que sua previsão nas parcerias com o terceiro setor é absolutamente necessária.

Tal necessidade lógica, admitida em linhas gerais pela legislação precedente, foi detalhada pela Lei n. 13.019/14. Tal ato normativo também prevê que o Plano de Trabalho deve conter a previsão de receitas e de despesas a serem realizadas, bem como a forma de execução das atividades ou dos projetos (art. 22, II-A e III). Mas para além disso, a nova lei prevê de modo expresso que poderão ser pagas com recursos vinculados à parceria despesas com “aquisição de equipamentos e materiais permanentes essenciais à consecução do objeto e serviços de adequação de espaço físico, desde que necessários à instalação dos referidos equipamentos e materiais” (art. 46, IV). Além disso, a Lei n. 13.019/14 dispõe que o instrumento de ajuste defina a titularidade dos bens que tenham sido adquiridos, produzidos ou transformados com recursos repassados pela administração pública (art. 42). Tal disposição evidencia a possibilidade de aplicação de recursos públicos na incorporação de novas tecnologias, com aquisição de equipamentos e insumos para tanto.

Percebe-se, nesse contexto normativo, tanto do ponto de vista da legislação orçamentária quanto da legislação específica de cada modalidade de parceria com o terceiro setor na área da saúde (convênios em sentido amplo), que não apenas é possível, mas necessária, em muitos casos, a aplicação de recursos públicos repassados pelo Estado na aquisição de equipamentos que permitam a incorporação de novas tecnologias no tratamento prestado pelo SUS por meio de entidades do terceiro setor. Não se trata, obviamente, de avenças que tenham como objeto a compra de equipamentos, mas que prevejam, para a efetiva prestação de serviços assistenciais à população, o uso de recursos públicos para sua obtenção em prol da melhoria e da ampliação dos serviços disponibilizados pelo SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do sistema público de saúde brasileiro é competência exclusiva do Poder Público, que o faz por meio de uma série de órgãos estatais vinculados ao Ministério da Saúde. Tal tarefa envolve a coordenação de uma série de atividades, muitas das quais dependentes de tecnologia.

No caso dos serviços de assistência à saúde à população, cabe à gestão do SUS em cada unidade federativa, de modo coordenado estadual e nacionalmente, definir o rol de serviços a serem prestados em cada parcela do território nacional. Essa definição deve ocorrer à luz dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Cada vez mais a noção de saúde, bem como a garantia do direito à saúde, depende de aparatos tecnológicos voltados tanto à manutenção do bem-estar quanto à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de doenças. O desenvolvimento humano tem como principal suporte a mais alta condição de saúde da população, que em sua imensa maioria depende de prestações estatais prestadas individualmente a cada cidadão.

A Constituição brasileira prevê que a assistência pública à saúde deve ser prestada por entidades estatais e privadas, tendo preferência, dentre estas, as filantrópicas e as sem fins lucrativos. Tal previsão foi considerada constitucional pelo Supremo Tribunal Federal em duas ações julgadas no ano de 2015. Segundo entendimento do STF, a questão central das parcerias na saúde consiste no respeito, pelas entidades privadas, dos princípios e diretrizes do SUS.

Assim como deve ocorrer na prestação estatal de serviços de assistência à saúde, a prestação privada também deve promover a incorporação de novas tecnologias aprovadas pelo Estado brasileiro. A incorporação de novas tecnologias tem sido mais rápida em solo pátrio, especialmente a partir da instituição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC.

Uma vez aprovados novos tratamentos, equipamentos e medicamentos, cumpre às entidades privadas parceiras do Poder Público, em todas as modalidades de ajuste que tenha como objeto a prestação de serviços de saúde (Convênio, Contrato de Gestão, Termo de Parceria, Termo de Colaboração e Termo de

Fomento), fazer incluir em seus Planos ou Programas de Trabalho o investimento dos recursos públicos transferidos na incorporação dessas novas tecnologias. Apenas assim será possível garantir, de modo universal e equânime, o direito à saúde das pessoas e o desenvolvimento humano no Estado brasileiro.

## REFERÊNCIAS DAS FONTES CITADAS

AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmim; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; e DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1923/DF. Tribunal Pleno, Relator para o acórdão Min. Luiz Fux. **Diário de Justiça da União**, 17 dez. 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 581.488/RS. Tribunal Pleno, Relator Min. Dias Toffoli. **Diário de Justiça da União**, 8 abr. 2016.

CASTRO, Maria Helena L. **A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro**: repensando o papel do estado. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O conceito jurídico de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DWORKIN, Ronald. A justiça e o alto custo da saúde. In: \_\_\_\_\_. **A virtude soberana**: a teoria e a prática da igualdade. Trad. Jussara Simões. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LOUREIRO, João Carlos S. G. Direito à (proteção da) saúde. In: MIRANDA, Jorge. **Estudos em homenagem ao professor Doutor Marcello Caetano**. Lisboa: Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, 2006. v.1.

MÂNICA, Fernando Borges. **Prestação de Serviços de Assistência à Saúde pelos Municípios**. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

MÂNICA, Fernando Borges. Panorama histórico legislativo do terceiro setor no Brasil: do conceito de terceiro setor à Lei das OSCIP. Artigo. In: OLIVEIRA, Gustavo H. Justino (Coord.). **Terceiro Setor, Empresas e Estado**: Novas Fronteiras entre o Público e o Privado. Belo Horizonte: Fórum, 2007.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

MODESTO, Paulo. Convênio entre entidades públicas executado por fundação de apoio. Serviço de saúde público e serviço de relevância pública na Constituição de 1988. Forma de prestação de contas das entidades de cooperação após a emenda constitucional n 19/98.

**Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, n. 11, p. 8, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em 15 dez. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PINHEIRO, Maurício Mota Saboya. **As Liberdades Humanas Como Bases Do Desenvolvimento: Uma Análise Conceitual Da Abordagem Das Capacidades Humanas De Amartya Sen**. (texto para discussão). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA. 2012.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Trad. Ângela Loureiro. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2.ed. São Paulo: Senac, 2005.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução Laura Teixeira Motta; revisão Ricardo Doniselli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya; KLIKBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. Tradução: Bernardo Ajzenberg, Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.



Recebido em: janeiro/2017

Aprovado em: fevereiro/2018