



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**CURSO: SERVIÇO SOCIAL**

**CRISTIANA SANTOS DA FRANÇA**

**ARTICULAÇÃO PÚBLICO- PRIVADA NA SAÚDE PÚBLICA  
BRASILEIRA E OS MODELOS DE GESTÃO NO SUS BAHIA: UMA  
ANÁLISE DE UM HOSPITAL DA REDE PRÓPRIA.**

**Salvador**  
**2017**

**CRISTIANA SANTOS DA FRANÇA**

**ARTICULAÇÃO PÚBLICA- PRIVADO NA SAÚDE PÚBLICA  
BRASILEIRA E OS MODELOS DE GESTÃO NO SUS BAHIA: UMA  
ANÁLISE DE UM HOSPITAL DA REDE PRÓPRIA.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Serviço social.

Orientadora: Professora Larissa Vieira Barros

**Salvador  
2017**

**CRISTIANA SANTOS DA FRANÇA**

**ARTICULAÇÃO PÚBLICO- PRIVADA NA SAÚDE PÚBLICA  
BRASILEIRA E OS MODELOS DE GESTÃO NO SUS BAHIA: UMA  
ANÁLISE DE UM HOSPITAL DA REDE PRÓPRIA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 31 de agosto de 2017.

Larissa Vieira Barros - Orientadora \_\_\_\_\_  
Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Política, Planejamento e Gestão, pelo Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA.  
Universidade Federal da Bahia

Jacqueline Samagaia – Examinadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.

Cristiana Mercuri de Almeida Basto – Examinadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Ciências Sociais, área de concentração Sociologia, pela Universidade Federal da Bahia

*Há mais mistérios entre o céu e a terra do que sonha a  
nossa vã filosofia.*  
*William Shakespeare*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade que me deu de estudar na UFBA, muitas vezes tentei entrar nesta instituição mais fui barrada pela falta de conhecimento mais específicos para entrar através do vestibular. Depois de tantos anos consegui finalmente, quando não mais pensava que eu teria capacidade de estudar na UFBA, entrei pelas vagas residuais como portadora de diploma.

Agradeço em especial as amigas Joilma Cruz e Izabel Taize, a minha esposa Laura França pela paciência que teve comigo neste período de produção acadêmica, agradeço também pelo apoio de minha cunhada Julice Cerqueira que sempre me estimulou e acreditou no meu potencial. Enfim, agradeço a todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

FRANÇA, Cristiana Santos da. Articulação público-privado na saúde pública brasileira e os modelos de gestão no SUS Bahia: Análise de um hospital da rede pública. Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

## RESUMO

Este trabalho buscou compreender a saúde pública no Brasil e a incorporação de novas formas/modelos de gestão no SUS. Foi realizado um resgate histórico sobre a situação da saúde no Brasil desde o período colonial aos dias atuais, em que os novos modelos de gestão se configuram como forma de privatização da saúde. O presente trabalho tem como objetivo geral: refletir sobre os novos modelos de gestão na saúde pública no contexto neoliberal e suas expressões no SUS Bahia e propõe discutir o processo histórico de conformação do sistema de saúde brasileiro e suas relações com o setor privado; compreender as formas e os novos modelos de gestão na saúde pública brasileira; mapear as formas de gestão implantadas no Estado da Bahia e; refletir sobre a gestão indireta e a articulação público-privada em uma unidade hospitalar da rede própria, em Salvador/Ba. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir de revisão bibliográfica e documental. As análises revelam a fragilidade da SESAB no processo de monitoramento e avaliação das formas de gestão hospitalar indireta, particularmente no que se refere à gestão de pessoal (terceirização, precarização do trabalho), qualidade dos serviços, instabilidade contratual. Há forte indício de privatização indireta devido às articulações entre o público e o privado com transferência de gestão de unidades hospitalares para empresas com fins lucrativos, que atuam em desacordo com a Lei. Os estudos sobre a unidade de saúde analisada revelam que o mesmo grupo empresarial que geriu o hospital desde a sua inauguração, hoje atua na gestão hospitalar enquanto organização social.

**Palavras chaves:** Articulação público-privada; Modelos de Gestão; Sistema único de Saúde.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANDES-SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Nível Superior
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BID	Banco Internacional de Desenvolvimento
CAPS	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEBE	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES/BA	Conselho Estadual de Saúde da Bahia
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONGEOS	Conselho de Gestão das Organizações Sociais
DEM	Democratas
DGRP	Diretoria da Gestão da Rede Própria
DGSP	Diretoria Geral da Saúde Pública
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
FMI	Fundo Monetário Internacional
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LTDA	Sociedade Empresarial de Responsabilidade Limitada
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OSCIP	Organização Social Civil de interesse público
ONGS	Organizações Não Governamentais
OSS	Organização Social de Saúde
PC DO B	Partido Comunista do Brasil
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho Do Estado
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda Parlamentar
PGR	Procuradoria Geral da República
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano de Pronto Ação
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSD	Partido Social Democrático
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIGI	Superintendência de Gestão e Inovação
SINDESAÚDE	Sindicato dos Trabalhadores em Santas Casas, Entidades Filantrópicas, Beneficentes e Religiosas e em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado da Bahia
TCU	Tribunal de Contas Da União
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## **LISTA DE QUADROS**

**QUADRO 1** – Síntese dos Modelos

**QUADRO 2** – Composição de parte da Rede Própria Estadual de Saúde da Bahia

**QUADRO 3** – Unidades Hospitalares Rede Própria – Gestão Direta

**QUADRO 4** – Unidades Hospitalares Rede Própria – Gestão Indireta

**QUADRO 5** - Unidades Hospitalares Rede Própria – Gestão Indireta e suas Organizações Gestoras

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. CAPÍTULO I - ARTICULAÇÃO PÚBLICO PRIVADA NA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>15</b>
2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA E AS RELAÇÕES COM O SETOR PRIVADO .....	15
2.2 AS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO ESTADO E SUAS EXPRESSÕES NA GESTÃO DO SUS.....	36
2.3 O SUS E AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA .....	47
<b>3. CAPÍTULO II - A REDE PÚBLICA DE SAÚDE E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NO SUS BAHIA: ANÁLISE DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DA REDE PRÓPRIA .....</b>	<b>59</b>
3.1 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA .....	59
3.2 ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DA REDE PRÓPRIA EM SALVADOR/BA.....	71
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXO A - Consulta Quadro de Sócios e Administradores SM .....	88
ANEXO B - Consulta Quadro de Sócios e Administradores MLA .....	89
ANEXO C - Consulta Quadro de Sócios e Administradores IFF .....	90

## 1. INTRODUÇÃO

Durante o Brasil Colônia a organização sanitária era estruturada da mesma forma que a metrópole Portuguesa. A relação pública privada na saúde brasileira inicia-se com a atuação das Santas Casas, responsáveis ao atendimento da população da colônia. Neste período a filantropia era sinônimo de prestígio para quem a praticava, com isso há uma certa troca de favores entre as Santas Casas, os membros da sociedade e a Colônia. (BRASIL, 2001)

Com a independência do Brasil em 1822 há uma inexpressiva mudança na organização sanitária brasileira, o atendimento individual continua a cargo das Santas Casas. Por conta do aumento das exportações há uma preocupação maior do governo com o saneamento dos portos e das epidemias ocorridas nas cidades portuárias. (SCOREL, TEIXEIRA, 2014)

Em 1889, com a proclamação da República Federativa do Brasil, os governos municipais e estaduais passam a ser os responsáveis pela saúde dos brasileiros, pelo combate das endemias e saneamento dos portos, fica a cargo do governo federal os serviços de saúde do Distrito Federal. Até 1920 há um intenso combate às epidemias, principalmente de cólera, varíola e febre amarela que assolavam a população. Enquanto o Estado preocupa-se com o atendimento coletivo, a assistência médico-hospitalar continuava a cargo das entidades beneficentes e filantrópicas. Neste período, os imigrantes de diversas nacionalidades que vieram para o Brasil em busca de trabalho, filiam-se às mutualidades, desta forma ajudavam-se mutuamente. (BRASIL, CONASS, 2007a)

Para lidar com os problemas de invalidez, doenças e morte os trabalhadores urbanos brasileiros associavam-se as mutualidades. A primeira Caixa de aposentadoria e Pensão – CAPS é criada em 1917 para os funcionários da Imprensa Nacional e em 1923 através da Lei Eloi Chaves, o governo Federal cria a Caixas de aposentadorias e Pensões – CAPs para a categoria dos ferroviários, em 1930 os trabalhadores passam a contar com 47 CAPS para diversas categorias profissionais. Nem todas os trabalhadores formais tinham acesso a saúde, algumas CAPs ofertavam assistência médica para os trabalhadores ativos, inativos e pensionista. Os demais trabalhadores urbanos (informais), rurais e a população pobre não tinham direito a assistência médica previdenciária. (SCOREL TEIXEIRA, 2014)

Dez anos após a criação das CAPs, é criada pelo governo de Getúlio Vargas os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), para diversas categorias profissionais de 1933 a 1936, sendo a primeira dos marítimos. Surge um sistema nacional de previdência social e 1953 é criado o ministério da Saúde. O sistema previdenciário passa a ser gerido pelo Estado através

do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. A política de saúde passa a ser organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (SCOREL, TEIXEIRA, 2014; BRAVO, 2006)

Com o golpe militar de 1964, há uma nova reestruturação na previdência social, todos os IAPs, são unificados, à exceção do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). É criado no governo de Castelo Branco em 1966 o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Com a criação do INPS o trabalhador é excluído da gestão da previdência. (PONTE, REIS, FONSECA, 2009)

É no período militar que intensifica as relações público privado na saúde. O Estado passa a investir na expansão da rede privada de saúde em detrimento da rede própria de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios e consultórios médicos). O INPS passa ser o grande comprador de serviços médicos da rede privada principalmente por serviços médicos e laboratoriais. (MENICUCCI, 2011)

Há uma expansão da medicina de grupo, que passa ser contratada pelas empresas. Na década de 50, a medicina de grupo prestava serviços médicos aos trabalhadores como forma alternativa de assistência médica individualizada. Há uma pressão no Estado de vários setores privados da saúde que queriam expandir a sua rede com subsídios governamentais. Em 1968 há uma tentativa por parte do governo de privatização da saúde. O Ministro da Saúde Leonel Miranda propõe o Plano Nacional de Saúde (PNS) que determinava a privatização da assistência médica previdenciária, o arrendamento de hospitais públicos ao setor privado. Graças a pressão dos técnicos da previdência e dos opositores ao PNS, este não tem êxito. (MENICUCCI, 2011)

Em 1974 o presidente Geisel cria o Plano de Pronta Ação (PPA), na tentativa de expandir os serviços de Urgência e expansão da cobertura, reforça a compra de serviços privados, com isso acelera a ampliação da rede privada de saúde. Neste mesmo ano o governo federal cria o FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e financia a rede privada a “fundo perdido” (SCOREL, 2014, p. 338).

A mercantilização da saúde brasileira encontra resistência de parte da sociedade. Em meados dos anos 70, surge um movimento em favor da democratização na saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro. No governo Figueiredo há uma grave crise econômica, este quadro contribuiu para a intensificação dos debates sobre as condições de vida e de saúde da população brasileira, o Movimento Sanitário assume uma dimensão política. Em 1985, com a redemocratização do país, Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro líderes do Movimento Sanitário, são

nomeados para cargos públicos de grande destaque na saúde, fortalecendo o Movimento. (ESCOREL, 2014; PAIM 2007)

O marco da luta pela universalização da saúde no Brasil é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. O relatório final dessa conferência resultou na consolidação das propostas do Movimento Sanitário para a saúde brasileira: universalização do acesso; saúde como dever do Estado e direito de todos, sistema unificado e descentralização de saúde, que foram apresentadas na Assembleia Constituinte de 1987. (BRAVO, 2006)

Com a promulgação da Constituição de 1988 universalizasse a saúde brasileira para todos os cidadãos acabando com a discriminações existentes entre segurados e não segurados. A Constituição de 88 legitima o Sistema Único de Saúde – SUS e determina participação complementar do setor privado de saúde ao SUS.

Com a Reforma Gerencial do Estado introduzida pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE (1995), modifica-se o formato da política de saúde no Brasil, com isso o SUS tem buscado a parceria com o campo privado através de novos modelos de gestão, para administrar as suas unidades, tais como: as Organização Social - OS; Organização Social Civil de interesse público - OSCIP; Parceria Público Privado - PPP; Consórcio; Fundação Estatal; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh. Os modelos de gestão são regulamentados através de leis federais.

O Estado da Bahia foi o primeiro do país, a utilizar o modelo de gestão de PPP, transferindo a iniciativa privada a gestão e operação, mediante concessão administrativa de unidade hospitalar. Com a parceria, o Estado da Bahia, através Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, concede a concessão administrativa para gestão e operação do Hospital do Subúrbio, em Salvador, a Concessionária Prodal Saúde Sociedade Anônima. (CARREIRA, 2012)

A prestação de serviço de saúde pública na Bahia por parte do estado e municípios, têm transferido a gerência de hospitais, unidades básicas de saúde, centro de diagnóstico e outros serviços a entidades privadas de fins lucrativos e não lucrativos no caso das organizações sociais, privatizando indiretamente os serviços ofertados.

Nos últimos anos a Bahia vem aumentando o número de contratos com o setor privado para gerir a saúde pública, porém, nem sempre essa forma de contratação tem ocorrido de forma legal, ou sofrido fiscalização adequada por parte da SESAB, conforme aponta parte do relatório operacional de transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a organizações privadas do Tribunal de Contas da União. (TC, PROCESSO 018.739/2012-1.)

A motivação para construção deste estudo foi a participação no campo do Estágio supervisionado em Serviço Social, realizado em um hospital público de Salvador, da rede própria de saúde estadual, lidada a SESAB. A unidade de médio porte, presta serviço hospitalar à população no atendimento das urgências e emergências nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Ortopédica Cardiologia e Cirurgia ginecológica.

A inquietação sobre a temática público – privada, ocorre no primeiro contato com hospital através do preenchimento de uma ficha de estágio ao notar a abreviatura LTDA (limitada), termo jurídico que estabelece a responsabilidade limitada de cada sócio conforme suas cotas, usado no contrato social das empresas privadas de fins lucrativo.

Diante do exposto o presente estudo trata de uma reflexão sobre a articulação público-privada na saúde brasileira, tendo como objetivo geral refletir sobre os novos modelos de gestão na saúde pública no contexto neoliberal e suas expressões no SUS Bahia. Os objetivos específicos foram: discutir o processo histórico de conformação do sistema de saúde brasileiro e suas relações com o setor privado; compreender as formas e os novos modelos de gestão na saúde pública brasileira; mapear as formas de gestão implantadas no Estado da Bahia e; refletir sobre a gestão indireta e a articulação público-privada em uma unidade hospitalar da rede própria, em Salvador/Ba. A importância deste estudo é buscar compreender se os novos modelos de gestão se configuram como forma de privatização da saúde.

O trabalho de conclusão de curso trata-se de um estudo qualitativo de revisão bibliográfica e documental. O presente estudo faz opção pelo método documental, se apresenta como pesquisa qualitativa por ter a possibilidade de ampliação do entendimento do objeto de estudo cuja compreensão necessita de contextualização histórica para dar subsídio à investigação.

A pesquisa bibliográfica foi realizada com base em fontes já elaboradas em livros, artigos científicos, dissertações e teses, jornais e revistas. Segundo Gil (2002) esse tipo de pesquisa tem como principal vantagem “a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

A pesquisa documental, ainda conforme Gil (2002) existe uma semelhança da pesquisa documental e a bibliográfica, porém a diferença entre ambos está na natureza das fontes enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza de contribuição dos autores, a pesquisa documental utiliza-se de material que ainda não recebeu tratamento analítico.

Utilizou-se de Relatórios de Auditoria do TCU (2012, processo nº TC 018.739/2012-1 e 2014, Processo nº TC 017.783/2014-3), Manual de Atividade Fim do Ministério Público do Trabalho (MPT), elaborado pela Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades

Trabalhistas na Administração Pública – CONAP (2014), onde contém peças do MPT sobre atividade fim, Ação Civil Pública do Ministério do Trabalho da 5ª Região.

O Trabalho de Conclusão de Curso está estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo faz um resgate da história da saúde pública Brasileira e articulações existentes entre o público-privado desde o Brasil Colônia até os dias atuais., abordando as novas configurações do Estado e suas expressões na gestão do SUS. Apresenta as modificações e as formas de atuação do Estado na saúde, seguido do tópico sobre o SUS e as novas formas de gestão da saúde pública (OS, PPP, Fundação Estatal, OSCIP, Consórcio).

O segundo capítulo trata-se do mapeamento da rede pública de saúde e os novos modelos de gestão no SUS Bahia e da análise da articulação público-privada em uma unidade da rede própria em Salvador. Ainda neste capítulo consta-se as considerações finais realizada sobre o estudo e da importância deste tema para a área profissional.

## **2. CAPÍTULO I - ARTICULAÇÃO PÚBLICO PRIVADA NA HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL**

Este capítulo faz um resgate da história da saúde pública Brasileira e articulações existentes entre o público-privado desde o Brasil Colônia até os dias atuais.

### **2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA E AS RELAÇÕES COM O SETOR PRIVADO**

Segundo Paim (2009), no Brasil colônia as ações de saúde eram organizadas da mesma forma que na Metrópole Portuguesa, onde a organização sanitária estava a cargo do cirurgião mor<sup>1</sup>, do físico mor<sup>2</sup> e das câmaras municipais<sup>3</sup>. O primeiro era responsável pela saúde das

---

<sup>1</sup> O cargo de cirurgião-mor do Reino, Estados e domínios ultramarinos foi estabelecido pelo decreto de 7 de fevereiro de 1808, durante a estada da corte portuguesa na Bahia, tendo sido nomeado para o cargo o médico brasileiro José Correia Picanço, cirurgião da Casa Real e deputado da Real Junta do Protomedicato. Disponível em: Memória da Administração pública Brasileira <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2634> acesso em 15/06/17.

<sup>2</sup> O cargo de físico-mor do Reino, Estados e Domínios Ultramarinos foi estabelecido pelo decreto de 7 de fevereiro de 1808, durante a estada da corte portuguesa na Bahia, sendo o primeiro ocupante do cargo no Brasil o médico português Manuel Vieira da Silva Borges e Abreu, conselheiro e fidalgo da Casa Real e deputado da Real Junta do Protomedicato. Disponível em: Memória da Administração pública Brasileira <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2634> acesso em 15/06/17.

<sup>3</sup> As câmaras municipais começaram a ser criadas na colônia a partir de 1532, no contexto da primeira expedição colonizadora portuguesa na América, comandada por Martim Afonso de Souza, constituindo-se, ao longo do período colonial, como base local da administração portuguesa e reunindo competências das esferas administrativa, judiciária, fazendária e policial. A primeira câmara instalada foi a da vila de São Vicente. Disponível em: <http://linux.an.gov.br/mapa/?p=2634> acesso em 15/06/17.

tropas militares de Portugal, o segundo responsável pelo saneamento básico, pelas medidas de prevenção das doenças epidêmicas e pelas questões dos trabalhadores da saúde e as câmaras municipais eram responsáveis pela limpeza da cidade, da fiscalização dos portos e do comércio de alimentos. Segundo Escorel e Teixeira (2014), bastava comprovar algum tipo de experiência na arte de cura, para obter a licença para a prática, não era necessário ter formação acadêmica, era o caso das parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e curadores.

Neste período, o amparo à população era realizado exclusivamente através das Santas Casas, criadas pela irmandade da congregação leiga dos “Irmãos da Misericórdia”, instituição nascida no século XV em Portugal. Havia uma relação de interesses entre a Colônia, as Santas Casas e membros da sociedade.

Desse modo, o Brasil Colônia se (des)responsabilizava dos cuidados daqueles que estavam à margem da sociedade, transferindo essas atribuições para as Santas Casas. Os membros da comunidade local, tais como: oficiais de alta patente da administração pública, os profissionais de prestígio e os cidadãos abastados, tinham interesse em fazer parte da administração das Santas Casas de forma voluntária, para elevar o seu status social, ser mais respeitado perante a sociedade e com isso ter maiores possibilidades de abertura de créditos em instituições financeiras e comerciais, afirma, Brasil, Ministério da Saúde:

Os interesses destes indivíduos em pertencer a uma Irmandade da Misericórdia eram diversos. Primeiramente, porque a filantropia significava prestígio para o indivíduo que a praticava, capacitando-o a concorrer em condições vantajosas no mercado, favorecido pelos valores sociais vigentes.

No passado, pertencer à Irmandade significava ser merecedor de créditos bancários e comerciais, além de obter reconhecimento social de suas posses e possibilidade de ampliar o seu poderio econômico. Uma das questões mais significativas, envolvida neste tipo de interesse, era a possibilidade de administrar um patrimônio considerável. Os cargos da Mesa Administrativa eram disputados, nas várias Misericórdias brasileiras, pelo poder que representavam, significando prova de integridade e capacidade, rivalizando em prestígio com os cargos das Câmaras Municipais.

(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROJETO REFORSUS, 2001, p 23)

As Santas Casas por sua vez tinham interesse em que esses membros da sociedade participassem das suas mesas diretoras para que estes contribuíssem financeiramente com a instituição. A sua relação com o Brasil Colônia era de troca, cuidava dos marginalizados para que este lhe isentasse dos impostos da época. Enfim, todos saíam ganhando nessa relação, como aponta Brasil, Ministério da Saúde (2001).

Com a independência do Brasil, em 1828 é extinto o cargo de cirurgião mor e do físico mor e as atividades de saúde ficam a cargo das câmaras municipais, que atuavam de forma descentralizadas, visando aos interesses da classe senhorial. Suas ações ficaram restritas a



expulsão das Cidades dos infectados com doenças contagiosas, fiscalização para não entrar escravos doentes nas cidades e vacinação para combater a varíola em períodos de epidemia. Com o avanço das epidemias de febre amarela e varíola o governo imperial em 1846 transforma a Junta Vacínica da Corte no Instituto Vacínico do Império. Entre 1849 e 1851 organização sanitária começa a ter uma nova estrutura organizacional.

Entre 1849 e 1851, estabelece-se a Junta Central de Higiene Pública que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde criadas nas províncias. Em seu organograma, constava ainda, a Inspetoria de Saúde dos Portos, responsável pela fiscalização sanitária dos portos marítimos e fluviais do país. (SCOREL, TEIXEIRA, 2014, p. 281)

Com a queda da Monarquia em 1889 e estabelecimento da República Federativa do Brasil, os cuidados com a saúde da população fica a cargo dos governos municipais e estaduais e o controle das endemias, saneamento dos portos, e os serviços de saúde do Distrito Federal a cargo do governo federal. Em 1896 é criada a Diretoria Geral da Saúde Pública (DGSP) vinculada diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1900 para combater as epidemias, principalmente a peste bubônica, o governo federal cria o Instituto Soroterápico Federal no Rio de Janeiro, renomeado posteriormente como Instituto Oswaldo Cruz e o governo de São Paulo cria o Laboratório do Butantan, para a produção de vacinas e soros (Scorel, Teixeira, 2014).

As epidemias que assolavam a capital da república durante governo do presidente Rodrigo Alves (1902-1906) era uma das maiores preocupações de seu governo, além do problema da inadequada estrutura dos portos, tanto que tinha como meta o saneamento e melhoramento dos portos do Rio de Janeiro e Santos, combater as epidemias de cólera, varíola e febre amarela, que além de assolar a população prejudicava as exportações (BRASIL CONASS, 2007a, p. 20). Para realização do seu intento, convida o médico Sanitarista Oswaldo Cruz, para coordenação dos esforços de desinfecção e profilaxia<sup>4</sup> da capital, Este impõe condições para aceitar a tarefa. O presidente deveria lhe dar recursos, plenos poderes para agir e nomear a equipe de trabalho e tudo que necessitasse para tarefa sem nenhuma interferência política. O presidente aceita suas condições e o nomeia Diretor geral da DGSP (Sevcenco, 2014, p.38).

---

<sup>4</sup> Elementos dos debates higienista que marcou o período.

Em 05 de janeiro de 1904 o presidente sancionou o Decreto 1.151 que reorganiza os serviços da higiene administrativa da União de forma autoritária e arbitrária, conforme seu artigo 1º, o decreto dá plenos poderes a DGSP para lidar com

higiene<sup>5</sup> domiciliaria, policia sanitaria dos domicilios, logares e logradouros publicos, tudo quanto se relaciona á prophylaxia geral e especifica das molestias infectuosas, podendo o Governo fazer as installações que julgar necessarias e pôr em prática as actuaes posturas municipaes que se relacione com a hygiene

Conforme o inciso 1º o Governo estabelecerá todas as medidas repressivas, a fim de tornar efetivas as notificações das “moléstias infectuosas, a vigilância e polícia sanitária”. No inciso 3º o governo autoriza a promulgação do código Sanitário, de acordo com as seguintes bases:

- a) regulando tudo quanto diz respeito á hygiene urbana e domiciliaria;
- b) assegurando a prophylaxia geral e especifica das molestias infectuosas;
- c) estabelecendo o serviço sanitario dos portos e a prophylaxia sanitaria internacional;
- d) regulamentando o exercicio da medicina e pharmacia;
- e) abrangendo o Codigo Pharmaceutico; f) instituindo como penas ás infracções sanitarias multas até dois contos de réis (2:000\$), que poderão ser convertidas em prisão até o prazo maximo de tres mezes, bem como, cumulados ou não e mesmo como medida preventiva, apprehensão e destruição dos generos deteriorados ou considerados nocivos á saúde publica, sequestro e venda de animaes ou objectos cuja existencia nas habitações fôr prohibida, cassação de licença, fechamento e interdicção de predios, obras e construcções. I. A apprehensão e destruição de generos deteriorados ou considerados nocivos á saúde, assim como a cassação de licença fechamento, serão feitos por simples actos da autoridade administrativa; o sequestro e venda de animaes ou objectos cuja existencia nas habitações fôr prohibida, depois da competente apprehensão pela autoridade administrativa, serão feitos pela autoridade judicial por meio do processo que fôr estabelecido. II. A declaração de interdicção de predios, obras e construcções por parte da autoridade administrativa terá por effeito: Quanto aos predios: 1º Serem elles desoccupados amigavel ou judicialmente pelos inquilinos dentro de um a oito dias, conforme a urgencia; 2º Serem reparados ou demolidos pelos seus proprietarios no prazo que lhes fôr assignado. Si estes se recusarem fazelo, as reparações ou demolições serão feitas á sua custa, ficando em um ou outro caso o predio ou terreno por elle occupado legalmente hypothecado para garantia da despeza feita, classe o dia da declaração da interdicção. Quanto ás obras e construcções: 1º Serem ellas immediatamente suspensas; 2º Serem reparadas ou demolidas nas mesmas condições e com os mesmos onus que os predios.

Com esse instrumental jurídico autoritário, as ações do sanitarista Osvaldo Cruz são direcionadas para as famílias pobres e moradoras de cortiços da Capital do Rio de Janeiro. “Surgiu então o modelo de intervenção “sanitarista campanhista”, pela ação direta do Estado, com uma visão militar para combater às doenças de massa e acabar com as grandes endemias

---

<sup>5</sup> A citação do Decreto está com a grafia da época, por não haver uma versão atualizada.

que prejudicava as exportações, como o cólera, a varíola e a febre amarela” (BRASIL, CONASS, 2007, p. 20, 21).

Encarregando-se primeiramente da erradicação da febre amarela, o governo se utiliza de sua maioria para obter a aprovação da lei de março de 1904. Esse instrumento lhe permite invadir, vistoriar, fiscalizar e demolir casas e construções. Estabelece, ainda, um foro próprio, dotado de um juiz especialmente nomeado para dirimir as questões e dobrar as resistências. Ficam vedados os recursos à justiça comum. (SEVCENKO, 2014, p.38)

Para combater a epidemia de Varíola no Rio de Janeiro, o governo aprova Lei da Vacina Obrigatória em 31 de outubro de 1904. O regulamento era totalmente compulsório e rígido. Após a lei da Vacinação Obrigatória ser aprovada pelo Congresso Nacional e pela Câmara dos Deputados, a sua regulamentação ficou a cargo da Diretoria Geral da Saúde Pública, sendo esta elaborada por Osvaldo Cruz. Para obtenção de seus resultados a Diretoria Geral da Saúde Pública poderia empregar todos os meios necessários, inclusive como de costume a força policial.

O regulamento era extremamente rígido, abrangendo desde recém-nascidos até idosos, impondo vacinações, exames e reexames, ameaçando com multas pesadas e demissões sumárias, limitando os espaços para recursos, defesas e omissões. O objetivo era uma campanha massiva, rápida, sem quaisquer embaraços e fulminante: o mais amplo sucesso, no mais curto prazo. Não havia qualquer preocupação com a preparação psicológica da população, de quem só se exigia a submissão incondicional. Essa insensibilidade política e tecnocrática foi fatal para a lei da vacina obrigatória. Infelizmente, não só para ela. (SEVCENKO, 2014, p. 10)

Antes da aprovação da lei o clima era de medo e desconfiança, o autoritarismo do Estado e a falta de campanha que esclarecesse sobre a vacina, contribuíram para este quadro. Conforme Sevcenko (2014), a população se opôs a vacinação da varíola devido ao episódio de morte de uma mulher logo após receber a vacina e o médico legista da polícia ter determinado como causa da morte, infecção generalizada decorrente da vacinação. O Dr. Osvaldo Cruz, reexamina o cadáver e contesta o laudo. Após aprovação da Lei uma grande massa incentivada pelas classes operárias, aposentados e pela liga contra vacina obrigatória rebela-se por dias, os monarquistas se aproveitam dos conflitos para executar uma tentativa de golpe contra a República para depor Rodrigo Alves. Há pânico, medo, caos e destruição por toda parte da cidade, com proporções inimagináveis pelo governo Federal. Esse grande levante ficou conhecido pela história como a Revolta da Vacina (Escorel, Teixeira, 2014).

O governo, submerso no caos da desordem, lançou mão de todos os recursos imediatamente disponíveis para a repressão. Como a força policial não dava conta da situação, passou a solicitar todos os reforços que pôde das tropas do Exército e da Marinha. Não foi suficiente. Precisou chamar as unidades do Exército acantonadas em regiões limítrofes: fluminense, mineiras e paulistas. Ainda assim não bastou. Teve de armar toda a corporação dos bombeiros e investi-la na refrega. Mas a resistência era tanta que teve de apelar para recursos ainda mais extremados: determinou o bombardeio de bairros e regiões costeiras através de suas embarcações de guerra. Por último, convocou a Guarda Nacional. Só pelo concerto inusitado dessa espantosa massa de forças repressivas, pôde o governo, aos poucos e com extrema dificuldade, sufocar a insurreição. (SEVCENKO, 2014, p.13 e 14)

A questão saúde para o governo federal nesse período era tratada como caso de Polícia. Estava voltada para o atendimento coletivo de combate às epidemias e as endemias das doenças infectocontagiosas com combate de vetores e vacinação obrigatória, visando o controle das condições de saúde pública, através de melhores condições sanitárias. Com esses procedimentos, o Estado também poderia atrair a força de trabalho estrangeira.

Melhores condições sanitárias, de um lado, significavam, uma garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeira e, de outro, impunham-se como uma necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um contexto de relativa escassez de oferta de trabalho. O destaque em matéria de atenção à saúde ficava, assim, por conta do controle de enfermidades, tais como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e outras, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores. (JUNIOR et al, 2002, p. 119, 120)

Enquanto o Estado voltava sua atenção para o atendimento coletivo a assistência individual a saúde era centralizada no sujeito e realizada pelas Santas Casas e pelas mutualidades de estrangeiros imigrantes. Assim,

[...] a assistência médico-hospitalar, nesse período, dependia em maior parte de entidades beneficentes e filantrópicas, como também das diversas mutualidades a que se filiavam os grupos de imigrantes de diversas nacionalidades, mas principalmente os portugueses, os espanhóis e os italianos. (JUNIOR et al, 2002, p. 121).

As associações de auxílios dos trabalhadores urbanos em forma de mutualidade foram criadas inicialmente para lidar com os problemas de invalidez no trabalho, doenças e mortes. Em 1917 é criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAPS para os funcionários da Imprensa Nacional, de natureza civil e gestão privada. (BRASIL, CONASS, 2007a)

Nesse período há uma mobilização por parte dos sanitaristas e intelectuais em prol da reforma dos serviços de saúde no país, encampada por Belisário Penna através da Liga Pró-Saneamento e outros médicos higienistas como Carlos Chagas, Arthur Neiva entre outros. Graças a esses esforços, em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública DNSP, em substituição ao DGSP, Carlos Chagas foi o primeiro diretor médico da instituição. A DNPS

ampliou a atuação estatal na saúde expandindo suas ações para o meio rural, desenvolvendo ações de saneamento (SCOREL, TEIXEIRA, 2014).

Em 1923 o governo Federal cria a Lei das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, conhecida como Lei Eloi Chaves, para categoria dos ferroviários. Era um sistema por empresa, mantido pelos grandes estabelecimentos. “Caracterizavam-se como fundos organizados por empresas, composto por contribuições dos trabalhadores (3%), empregadores (1% do faturamento bruto anual) e consumidores dos serviços das empresas (fração das tarifas)”. (SCOREL, TEIXEIRA, 2014, p. 298)

Esse modelo que vigorou até o final dos anos 20, restringia-se a três categorias profissionais de trabalhadores urbanos (ferroviários, portuários e marítimos) estando em tramitação no Congresso o decreto que estenderia o sistema aos comerciários. Já em 1930 havia 47 CAPs com 142.464 segurados ativos, 8.000 aposentados e 7.013 pensionistas (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; PAULA & BRAGA, 1986 apud SCOREL, TEIXEIRA, 2014, p. 298).

Algumas CAPs ofertavam assistência médica para os trabalhadores ativos, inativos, pensionistas, a população pobre, os trabalhadores urbanos informais e os trabalhadores rurais não tinham direito a assistência médica previdenciária. Com a Lei, a assistência médica passa ser reconhecida como política pública.

As medidas de proteção social, em particular, as assistências médicas só viriam a ter reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Eloi Chaves, de 1923, resultado do crescente impacto do que passou a ser definido como a questão social no País. Até então, muitas categorias de trabalhadores organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com problemas de invalidez, doenças e morte. (BRASIL, CONASS, 2007, p. 20)

A Lei que regulamentou a criação das Caixas de aposentadorias e Pensões (CAPs) tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organização de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, apud BRASIL, CONASS, 2007, p. 20).

A “Revolução de 1930” leva ao poder da presidência da República Federativa do Brasil, Getúlio Vargas, que tem como meta a industrialização do país. Com a crise econômica Mundial neste período, provocada pela depressão de 1929, o governo de Vargas incentiva a industrialização, tendo em vista que os setores ligados à exportação de café foram fortemente afetados com a crise, mas seu governo continua com a política de valorização do café. Essa nova fase da acumulação de capital voltada para o setor industrial afeta as condições de vida,

trabalho e saúde do trabalhador urbano brasileiro. “[...] Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” (BRAVO, 2006, p. 91).

Para amenizar as necessidades crescentes do trabalhador urbano formal, se fez necessário a intervenção estatal para ampliação do sistema de amparo ao trabalhador. A partir de 1933, Vargas começa a criar os Institutos de Aposentadoria e Pensões IAPs. São estes; dos marítimos (1933), dos bancários e dos comerciários (1934), industriários (1936), transportadores de Carga, Estivadores e Servidores do Estado. (ESCOREL, TEIXEIRA, 2014)

Os trabalhadores passaram a ser agrupados aos Institutos pela categoria profissional, com isso há um aumento de trabalhadores segurados. O serviço médico previdenciário ofertado não concedia uma cobertura mais ampla e a sua concessão dependia dos recursos de cada Instituto. Os inativos, pensionistas, a população à margem da sociedade, os trabalhadores urbanos informais e os trabalhadores rurais continuam de fora da assistência médica Previdenciária. Os inativos e pensionistas só adquiriram o direito desse benefício em 1945 e os demais após 1964.

A numerosa população mais pobre, fora do mercado formal de trabalho, portanto excluída do sistema de previdência, continuou a “contar apenas com ‘serviços para indigentes’ proporcionados pelas prefeituras, governos estaduais e entidades filantrópicas, com nítido caráter assistencialista, endereçados aos indivíduos destituídos de qualquer direito” (VIANNA, 2000, apud PONTE, REIS, FONSECA, 2009, P. 130).

Conforme a criação de novos institutos surge um sistema nacional de previdência social, em 1953 é criado o Ministério da Saúde, tão idealizado por Osvaldo Cruz e a Liga Pró-Saneamento do Brasil. (ESCOREL, TEIXEIRA, 2014)

A política de saúde desse período é organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A medicina previdenciária possuía uma rede própria através dos Institutos (BRAVO, 2006). “Até 1964 a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos [...]”. (ESCOREL, TEIXEIRA, 2014, p. 327)

O sistema de previdência passa ser gerido pelo Estado através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e não mais pelas empresas. O seu financiamento passa ser tripartite (empresas, empregadores e União), porém a União não desembolsou a sua parte, gerando desta forma uma dívida com as instituições previdenciárias. Com o argumento inicial de que as despesas públicas deveriam ser contidas devido a crise econômica e o aumento dos

gastos com os Institutos devido um grande número cada vez maior de trabalhadores segurados, o Estado passa a controlar as despesas de forma a conter os gastos crescentes para tal, impõe limite orçamentários para os gastos com assistência médica e farmacêutica, diminui os gastos por segurados e a concessão de aposentadorias, há uma busca de acumulação de reservas financeiras, para a previdência. (SCOREL, TEIXEIRA, 2014; BRAVO, 2006)

Como gerenciador da Previdência dos Institutos, o Estado tinha em suas mãos um instrumento de acumulação financeira e então utiliza-se dos Recursos coletivos do trabalhador brasileiro para industrializar o país.

Os recursos arrecadados da previdência foram utilizados para um dos principais projetos do governo: o apoio à industrialização. Percentuais variados de arrecadação dos institutos foram por meio de decretos, recolhidos para carteira de crédito Agrícola e industrial do Banco do Brasil, a indústria de celulose, a Companhia Siderúrgica Nacional, a Companhia Nacional de Álcalis e a Companhia Hidrelétrica do São Francisco. Tal tipo de prática não ficaria restrito exclusivamente a esse período. (SCOREL, TEIXEIRA, 2014, p. 300)

Entre os Institutos ou Caixas, não havia uma uniformidade de serviços, cada instituição possuía diferentes pacotes de benefícios e alíquotas de arrecadação, causando várias disparidades em relação aos serviços que cada instituição ofertava aos seus segurados. Para corrigir este problema, houve várias tentativas para unificar o Sistema Previdenciário, mas isso só ocorre em 1960 com a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) – Decreto no 3.807.

A LOPS uniformizou as contribuições em 8% do salário de benefícios para empregados e empregadores e os benefícios de vários institutos. O Estado passa a cobrir eventual falta de recursos financeiros e a pagar os gastos de administração referente a pessoal e encargos sociais, com isso o regime de financiamento da previdência passa de capitalização coletiva para repartição simples<sup>6</sup>. (RANGEL et al, 2009, p. 43)

---

<sup>6</sup> Entende-se por Regime de Capitalização aquele em que o segurado recolhe periodicamente contribuições que serão capitalizadas durante sua vida ativa, constituindo-se reservas para a cobertura das futuras despesas com benefícios. Este regime pode ser concebido de duas formas: através de uma Capitalização Individual ou de uma Capitalização Coletiva. No primeiro caso, cada contribuinte tem uma conta em seu nome, especificamente destinada ao depósito das suas contribuições e dos rendimentos creditados, possibilitando, desta maneira, eficácia na fiscalização individual dos recursos mobilizados para o financiamento dos benefícios a serem auferidos, já que o contribuinte tem acesso a informação sobre o seu saldo. No caso da Conta Coletiva, tem-se um fundo que acumula as contribuições de todos os segurados bem como seus rendimentos. (PASINATO, 2001, p. 27)  
O regime financeiro de repartição simples é também denominado regime de caixa ou regime orçamentário, uma vez que seu elemento caracterizar é a inexistência de reservas financeiras. No regime de repartição simples há um pacto intergeracional, à medida que os segurados ativos (geração atual) pagam os benefícios concedidos aos inativos (geração passada), na expectativa que seus benefícios futuros sejam também pagos pelas futuras gerações, ou seja, os novos segurados que ingressarem no regime previdenciário.  
A única preocupação em tal regime é com o pagamento das parcelas periódicas relativas aos benefícios em manutenção, eis que não há constituição de reservas.

Com o pleno desenvolvimento do capitalismo industrial da década de 50, da indústria farmacêutica e de medicamentos, surge paralelo à assistência médico individual da previdência realizada pelos os Institutos, as empresas privadas de assistência médica, as chamadas empresas de grupo. Começa a se desenvolver a estrutura de atendimento médico hospitalar privado e expande-se às clínicas privadas de atendimento ambulatorial. A prestação de serviços médicos privados neste período para a medicina previdenciária não tinha expressividade, situação que passa a modificar-se a partir da década seguinte. (BRAVO 2006; MENICUCCI, 2011) .

Em 1964, com o golpe militar, assume a presidência da República o Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco (1964-1967). Inicia-se o período ditatorial no Brasil, o governo utiliza do “binômio repressão-assistência” (BRAVO, 206, p. 93) como forma de legitimação do seu poder. No seu governo foi realizada uma grande reestruturação do aparelho do Estado para favorecer a acumulação capitalista tornando-o submisso ao capital privado.

Em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o objetivo de centralização administrativa e financeira do sistema Previdenciário, unifica quase todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões IAPs neste órgão, ficando a parte apenas o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O INPS exclui o trabalhador da gestão da previdência, cabendo-lhe apenas o seu financiamento. A criação deste órgão foi o primeiro passo para incluir parte da população trabalhadora informal que estava a margem de qualquer acesso ao sistema Previdenciário.

[...] a unificação previdenciária de 1966, que cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através da junção de todos os IAPs, à exceção do IPASE, é que torna possível a inclusão dos trabalhadores rurais, por meio do Prorural/Funrural (1971), dos empregados domésticos (lei 5.899, de 11/12/1972) e dos trabalhadores autônomos (lei 5.890, de 8/6/1973). Como salienta Vianna, a “cobertura previdenciária se universaliza sob um ordenamento político fechado, repressor das demandas sociais e que, ao invés de hierarquizar a cidadania, a nivela num estatuto inferior” (PONTE, VIANNA, 2000, apud PONTE, REIS, FONSECA, 2009, P. 130).

O Estado passa a intensificar os investimentos para o setor privado de saúde em detrimento da expansão da rede própria de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios e consultórios médicos), alegando que não tem condições de atender a grande demanda de segurados, contrata serviços da iniciativa privada, principalmente serviços hospitalares e laboratoriais. O INPS passou a ser o grande comprador desses serviços. O “[... ] Estado como organizador dos serviços de saúde, se “privatiza” progressivamente” (MENICUCCI, 2011, p.

---

No Sistema Previdenciário Brasileiro, o regime geral de previdência - ou seja, aquele gerido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) - adota o regime de repartição simples como principal regime financeiro das aposentadorias, o mais custoso dos benefícios. (KRAUSE, 2013, p. 75, 77)



89) [...]“ dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientada pelo lucro” (SCOREL, 2014, p. 327). Credenciados e pagos pelas as unidades de serviços (US), utilizam-se de práticas ilícitas para obter maiores lucros.

[...] Na medida em que os preços tabelados em US eram baixos e na ânsia de tornar a medicina uma atividade lucrativa, os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou ainda escolhiam fazer apenas aquelas que eram mais bem-remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal. O estímulo à iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos: em 1960, 62% do total de leitos no país eram privados, dos quais 20% pertenciam aos subsetores lucrativos; em 1975, 68% dos leitos eram privados, dos quais 45% dos subsetores lucrativos. (SCOREL, 2014, p. 328)

Segundo Scorel (2014), a medicina de grupo, que na década de 50, prestava serviços médicos aos trabalhadores como forma alternativa de assistência médica individualizada, expande-se nesse período, e passa a ser contratada pelas empresas. Com isso o trabalhador deixa de contribuir com o INPS, e passa a custear essas empresas de saúde que eram contratadas por seus empregadores, porém os casos que requerem atendimento de alto custo, seja pela sua complexidade ou maior tempo de internação continuaram a ser atendidos pelo INPS e décadas depois em situação semelhante, pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Menicucci (2011) havia interesse dos capitalistas da área da saúde em absorver essa fatia do mercado - a medicina previdenciária. As instituições médicas privadas de proprietários de hospitais e clínicas com o intuito de expandir o mercado privado do setor da saúde pressionavam o Estado muito antes da criação do INPS.

A pressão de vários setores privados da saúde no Estado era crescente, cada um defendendo os seus interesses: Os donos de hospitais e clínicas já credenciados ao INPS e os que almejavam credenciar-se queriam expandir sua rede com subsídios governamentais; os empresários das grandes companhias desejavam que o Estado tomasse para si a responsabilidade de ofertar serviços de saúde e com maior cobertura aos seus empregados, porém as empresas de grupos médicos ofertavam seus serviços ao empresários , como os demais, viam nos atores da política ditatorial os elementos necessários para a expansão de seus negócios através de financiamento público.

Esses arranjos políticos transformaram a saúde previdenciária na articulação público-privada, aprofundando um Estado Patrimonialista e clientelista<sup>7</sup>, expressões estas que ainda

---

<sup>7</sup> Tido como um conceito operador de grande importância em Max Weber, o patrimonialismo se constitui numa forma de dominação política na qual não existem claras divisões entre as esferas pública e privada. Dessa maneira, a característica central do patrimonialismo é a não distinção, ou melhor, a não diferenciação por parte dos governantes e gestores públicos detentores do poder político-administrativo, da esfera privada da pública.

permeiam a administração da máquina pública em todos os seus segmentos, principalmente na saúde, a ponto de confundir os fenômenos ocorridos nas próximas décadas.

A participação dos representantes dos interesses privados na saúde se fazia sentir de forma acentuada na esfera pública, sendo que a pressão desses grupos se exercia diretamente perante os ministros (via formal) e, ainda, pela localização de seus representantes em postos-chave da administração previdenciária e outros cargos responsáveis pela política de saúde no país. Essa atuação, que exemplifica a participação de certos setores da sociedade no processo decisório, mesmo em um contexto de Executivo muito fortalecido, configurava uma das formas de articulação de interesses entre a burocracia pública e a privada que prevaleceu durante o regime militar e ficou conhecida pela expressão de ‘anéis burocráticos’ (CARDOSO, 1979, apud MENICUCCI, 2011, p. 79). Mediante esse mecanismo, inseriam-se os interesses privados no aparelho estatal, fundindo-se os interesses privados e públicos. (MENICUCCI, 2011, p. 79) .

A questão patrimonialista na saúde era tão acentuada, que em 1968 o então Ministro da Saúde Leonel Miranda propõe o Plano Nacional de Saúde (PNS) que determinava a privatização da assistência médica previdenciária, o arrendamento de hospitais públicos ao setor privado. Esta seria financiada com recursos parciais da previdência e o restante com o recurso do próprio trabalhador. Próprio dos princípios liberais [...] o plano era defensor da prática médica liberal, propondo o regime de livre escolha do médico e compra direta de

---

(MOURÃO, 2015, p. 55) O caráter patrimonial opera sobre a organização política, influenciando decisivamente nos contornos de nossa estruturação econômica. Desse modo, apartada da orientação capitalista – na qual a ação visa o lucro, pautada na impessoalidade e na previsibilidade –, a economia caracteriza-se pela ação (intervenção) do Estado, que realiza um tratamento diferenciado dos indivíduos e seus interesses, restringindo o predomínio das relações capitalista. Portanto, politicamente, o patrimonialismo se expressa pela atrofia da sociedade civil, pela apatia popular e o privatismo do Estado, e economicamente, pela ausência de uma sociedade tipicamente competitiva (CAMPANTE, 2003, apud MOURÃO, 2015, p. 56). [...] a organização patrimonialista desconhece o governo do povo, pois nela “[...] a soberania popular funciona às avessas, numa obscura e impenetrável maquinação de bastidores, sem o efetivo concurso da maioria, reduzida a espectador que cala ou aplaude”. (FAORO, 2001, apud MOURÃO, 2015, p. 56). O patrimonialismo é basicamente a situação em que os políticos lidam com os recursos públicos como se fossem deles: em vez de distribuí-los de acordo com critérios universalistas e impessoais, privilegiam familiares, amigos e sua clientela política. Assim, enquanto “patrimonialismo” diz respeito à apropriação privada de recursos públicos, “clientelismo” denota uma relação de dependência entre patronos e seus clientes, a qual geralmente envolve uma série de mediadores ou agentes (OTTMANN, 2006, apud ROCHA 2012, p. 3) Embora conceitualmente distintos, o clientelismo tem suas bases assentadas numa estrutura patrimonial, onde o público e o privado não são distintos, mas entrelaçados. (ROCHA, 2012, p. 4) O conceito de clientelismo foi apropriado pelos cientistas políticos a partir do final da década de 50 e início dos anos 60. (FILHO, 1994, p. 225)

Se apresenta como estratégia moderna de obtenção de benefícios por parte dos atores sociais minimamente organizados e desejosos de auferir determinados benefícios, os clientes, com os mandatários legítimos da gestão dos benefícios patrimoniais, materiais ou simbólicos, seus patronus. (D’AVILA, 2002, apud FILHO, JORGE, COELHO, 2004, p. 215).

O Clientelismo é “Um sistema de controle de fluxo de recursos materiais e de intermediação de interesses, no qual não há número fixo ou organizado de unidades constitutivas. As unidades constitutivas do clientelismo são agrupamentos, pirâmides ou redes baseados em relações pessoais que repousam em troca generalizada. As unidades clientelistas disputam frequentemente o controle do fluxo de recursos dentro de um determinado território. A participação em redes clientelistas não está codificada em nenhum tipo de regulamento formal; os arranjos hierárquicos no interior das redes estão baseados em consentimento individual e não gozam de respaldo jurídico.” (NUNES, 2003, apud ROCHA, 2012 p. 2-3)

serviços em um mercado livre. (MENICUCCI, 2011, p. 89) O Plano não tem êxito, devido oposição dos técnicos da previdência e dos críticos da medicina liberal.

Segundo Menicucci (2011), o governo do Presidente Ernesto Beckmann Geisel (1974 a 1979), ao criar em 1974 o Plano de Pronta Ação (PPA), reforça a compra de serviços privados. O PPA visava a expansão da cobertura e a universalização da saúde a toda a população e o atendimento médico de Urgência, independente do paciente ser segurado da previdência. Para alcançar seus objetivos utiliza-se de toda capacidade já instalada na sua rede de saúde tanto os seus serviços próprios como privados, com isso acelera a ampliação da rede privada de saúde.

As cooperativas médicas – “[...] forma alternativa de organização empresarial de serviços médicos que emergiu de um movimento de oposição das entidades médicas à medicina de grupo” (MENICUCCI, 2011, p. 92) também eram previstas neste plano como prestadores de serviços. O PPA permitiu que o segurado da previdência na sua internação optasse por instalações especiais, desde que complementasse o valor que era liberado pela previdência. Desta forma, fortaleceu a entrada de mais recursos para o setor privado e obtenção de maiores lucros. O hospital privado reservava leitos só para esse intento. Veta a ampliação da rede pública hospitalar, porém garante a este a oferta dos serviços de alta especialização.

Com esse Plano fica claro que, o que demandasse de maiores investimentos na saúde ficaria a cargo do poder público, enquanto o setor privado se beneficia dos recursos da previdência para expandir seus negócios e ampliar cada vez mais o seu poder de ação na saúde, fazendo com que o Estado ficasse a mercê de suas intenções. Para Escorel (2014, p. 338) o PPA foi “[...] utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias.”

Enquanto o PPA expandiu a contratação da rede privada de saúde, o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social criado no final de 74, financiou a rede privada a “fundo perdido” (ESCOREL, 2014, p. 338) na construção de hospitais e compra de equipamentos médicos. “[...] Os recursos do FAS estavam comprometidos com a área de saúde e previdência, sendo que 20,5% se destinaram ao setor público e 79,5% ao setor privado. Esse fundo se destinou basicamente ao financiamento de leitos hospitalares com fins lucrativos.” (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986, apud BRAVO 2010, p. 54). Com tantas facilidades e oportunidades, os serviços privados de saúde tornam-se um setor altamente lucrativo.

Os recursos do FAS eram orientados para a lógica da lucratividade, ao criar e/ou fortalecer, através do Estado e, por meio de recursos públicos, uma burguesia empresarial nacional. O grau de distorções na utilização desse Fundo foi patente, na medida em que, destinado a financiar projetos prioritariamente de interesse coletivo,

foi sistematicamente utilizado com a finalidade de expandir o setor privado (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, apud BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 388).

Com o FAS fecha-se, portanto, o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde – ótimas condições de empréstimos, garantia pela Previdência Social do pagamento dos serviços produzidos (‘demanda canalizada’) fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo. (BRAGA & PAULA, 1981, apud ESCOREL, 2014, p. 338)

Outra forma de estímulo à propagação da rede privada no setor de saúde em 1974, foi a autorização dada pelo governo Federal para os contribuintes deduzirem gasto com a saúde na Declaração do imposto de renda da pessoa física. (BAHIA, 1999) Neste mesmo período é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Com um orçamento bastante significativo a ponto de ser o segundo maior orçamento da União, esse Ministério “centraliza e reforça ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista” (BERTOLOZZI, GRECO, 1996, p. 388), inicialmente vinculado em 1968, às faculdades de medicina. Com orçamento significativo do MPAS, o setor privado da saúde aumenta a sua articulação junto ao governo federal para ampliar a sua fatia de mercado como prestador de serviços médicos previdenciários. “No comando desta instituição financeiramente dominante estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal, que prepararam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários.” (ESCOREL, 2014, p. 337)

Todo esse panorama político da mercantilização da medicina previdenciária que privilegia os setores privados de saúde em detrimento da saúde pública, de forma não democrática e excludente, encontra resistência de parte da sociedade. Conforme Paim (2007), surge no meado de 70 um movimento em favor da democratização na saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro, que segundo Escorel acontece com a organização dos profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania. (ESCOREL 2014, p. 341)

Deste resulta a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde CEBES<sup>8</sup>. Esse movimento buscava saúde e democracia para que todo cidadão tivesse acesso a assistência médica de forma gratuita e igualitária.

---

<sup>8</sup> Criado em julho 1976, durante a 32a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UnB (Brasília). O CEBES propiciou um conjunto de debates sobre saúde, editou a Revista Saúde em

O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço. (SCOREL, 2009, p. 51)

A base do Movimento Sanitário Brasileiro inicia-se em plena ditadura no interior das faculdades de Medicina, no Departamento de Medicina Preventiva (DMP) que foi criado por lei na reforma Universitária de 1968. O modelo preventivista<sup>9</sup>, foi iniciado na década de 60, nos Estados Unidos, tinha como base a mudança de atitude do médico. Apesar dos DMPs terem sido criados para ensinar a medicina preventiva, é no seu interior que nasce a crítica às suas ideias. Esses novos pensamentos na saúde vão compor “a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social”. (SCOREL, 2014, p. 330) que iriam transformar o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Ainda desarticulados, os críticos do setor concentravam-se nas universidades. No meio acadêmico, por meio de um esforço conjunto de alunos e professores, constituiu-se a base do movimento sanitário, formado por profissionais e estudantes do setor – ou atuantes nele – e que, a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, iria formular propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime e do SNS, visando, em termos gerais, a um país democrático e a melhores condições de saúde para a população brasileira. (SCOREL, 1999, p. 20)

Na DMP era realizada a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde do país. Proporcionava aos discentes de medicina interagirem com as comunidades que estavam à margem da sociedade, carentes de atendimento médico. Com a prática da medicina, revelaram-

---

Debate, publicou livros (Samuel Pessoa, Carlos Gentile de Melo e Giovanni Berlinguer) promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) 88, sendo considerado "uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado" (SCOREL, 1995, apud PAIM, 2007, p. 76). Nessas iniciativas constata-se a configuração de um conjunto de elementos que, posteriormente, vão constituir a ideia da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas. Assim, logo no número 2 da Revista Saúde em Debate aparecia no seu editorial o princípio "de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros", assumindo "a necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde em nova perspectiva [...], desejando uma mudança real das condições de saúde do povo" (EDITORIAL I 1977, apud PAIM, 2007, p.76).

<sup>9</sup> O movimento preventivista foi um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude. Como projeto de mudança da prática médica, a medicina preventivista representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico. (AROUCA, 1975, apud SCOREL, 1999, P.20)

Este modelo tinha como base uma mudança de atitude do médico, que passaria a ter uma consciência – e, conseqüentemente, uma conduta – preventivista. Normaliza, assim, a conduta profissional, e não a atitude dos indivíduos em geral, como no caso da higiene tradicional. Ao redefinir as funções médicas, introduz o conceito ecológico de saúde e doença, assim como a convicção de que a história da medicina caminha inexoravelmente para a medicina preventiva. (SCOREL, 1999, p. 20)

se aos estudantes os problemas sanitários que a população sofria sem assistência médica. Essa vivência era realizada através do programa de Medicina Comunitária que era usado como prática na formação para internos e residentes, para o Estado representava a ampliação de cobertura assistencial a baixo custo para o SNS. (SCOREL, 2014, p. 331).

Os programas de medicina comunitária agradavam os governos latino americanos por serem soluções 'baratas' para uma demanda crescente de atenção à saúde. Até o início da década de 70, grande parte estava vinculada aos DMPs e era utilizada como campo de estágio na formação de internos e residentes. No processo de racionalização, alguns desses programas passaram a contribuir efetivamente para aumentar a cobertura assistencial, além de pesquisarem modelos alternativos de atenção médica. Setores estudantis insatisfeitos tanto com sua formação quanto com suas perspectivas profissionais e politizados, ou dotados de certa consciência social também se interessaram pelos programas. Entre 1967 e 1972, a inquietação surgiu principalmente entre os estudantes mais conscientes, que não tinham partido para a luta armada contra a ditadura. Em um movimento espontâneo, começaram a procurar formas de vincular-se à população e seus problemas. Passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos e lutas mais gerais nos bairros e comunidades, e a procurar em suas faculdades espaços de discussão dessa prática e dessa realidade social. (SCOREL, 1999, p. 23)

Segundo Paim (2007) a crítica à Medicina Preventiva levou a necessidade de uma prática teórica e de uma prática política no âmbito da saúde. No campo teórico desenvolveu-se o pensar da saúde aproximando-se da Medicina Social, evoluindo para a Saúde Coletiva, no campo político o desenvolvimento da prática teórica. "De forma equivalente à ideia de uma prática política voltada para a mudança das relações sociais, tomando a saúde como referência, resultou na proposta da Reforma Sanitária.<sup>10</sup> (TEIXEIRA, 1988, apud PAIM, 2007, p. 20)

O Movimento Sanitário não ficou restrito aos profissionais da saúde representados pelas suas entidades, envolveram vários segmentos sociais: Estudantes de saúde, intelectuais, professores, partidos políticos opositores da Ditadura, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)<sup>11</sup> entre outras, sindicatos e movimento sociais.

<sup>10</sup> Reforma Sanitária é um "projeto civilizatório, contendo em si os valores que queremos para toda sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária em pelo menos quatro dimensões: específica, que corresponde ao fenômeno saúde/doença; institucional; ideológica; e das relações sociais que orientam a produção e distribuição da riqueza. (AROUCA, 1988, apud SCOREL 2014, P. 342)

<sup>11</sup> Criada em setembro de 1979 como uma associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, expandida no país devido a um convênio firmado entre o Inamps e várias universidades. Ainda que conservando o nome de pós-graduação, a Abrasco muitas vezes veio a público se manifestar sobre propostas políticas, estando com o Cebes presente em muitos fóruns da sociedade civil. Assumiria, então, duas funções: uma de caráter mais corporativo, que seria a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, no momento da constituição desse novo campo disciplinar, e outra de porta-voz dos pensamentos da comunidade científica (SCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005, apud SCOREL, 2014, P. 353).

O quadro econômico no governo do presidente João Baptista de Oliveira Figueiredo (1979 a 1985), de inflação galopante, recessão, alta taxa de juros internacionais, aumento da dívida externa, alto índice de desemprego, crise na previdência Social provocada pela diminuição de receitas, contribuiu para a intensificação dos debates sobre as condições de vida e de saúde da população brasileira, o Movimento assume uma dimensão política. (SCOREL, 2014; PAIM 2007)

O cenário econômico contribuiu para estremecer a aliança entre o empresariado brasileiro e o regime militar, culminando no final do governo do General Figueiredo em 1984, com as maiores manifestações populares ocorridas no Brasil, que exigiam eleições livres e diretas para a Presidência da República, o Movimento das Diretas Já.

Em janeiro de 1985 é eleito pelo voto indireto o civil Tancredo de Almeida Neves, morre antes de tomar posse, assume a presidência da República o seu vice José Sarney, encerrando os 21 longos anos de ditadura no Brasil. (SCOREL, 2014; PAIM 2007)

A primeira eleição direta ocorre em 15 de novembro de 1989 elegendo o Presidente Fernando Collor de Mello (1990 a 1992), a participação de representantes do movimento sanitário em simpósios, conferências e encontros do setor da saúde, reunião de colégio eleitoral, possibilitou visibilidade política ao movimento.

No segundo semestre de 1984 e início de 1985, foi realizada uma série de reuniões e houve a elaboração de documentos com a proposta de saúde para a transição democrática. Nessa atividade intensa de reuniões, seminários e encontros, foram sendo aperfeiçoadas recomendações de mudanças para o sistema nacional de saúde com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a serem implementadas com a unificação, democratização e descentralização do sistema de saúde. (SCOREL, 2014, P. 354)

As propostas debatidas nesses espaços foram com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. As principais propostas em debate foram:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2006, P. 96)

Com a redemocratização do país ainda no ano de 1985, o Movimento Sanitário se fortalece com a nomeação de dois dos seus principais líderes para cargos públicos de grande destaque na saúde. Sérgio Arouca para presidência da Fundação Osvaldo Cruz, vinculada ao

Ministério da Saúde e Hésio Cordeiro para presidência do INAMPS, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Essas nomeações possibilitaram “uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde”. (SCOREL, 2014, P. 354)

A luta pela universalização da saúde no Brasil teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde CNS em 1986, possibilitou em sua discussão a formulação de propostas concretas para o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Contou com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas dentre elas: 1.000 (mil) delegados, representantes da sociedade civil, grupos profissionais, instituições de saúde e partidos políticos, onde foram discutidos temas sobre a Saúde como Direito, Reforma do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. (Relatório Final da 8ª CNS) Nesta conferência foram aprovadas as seguintes propostas:

[...]a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. O relatório final desta CNS passou a significar a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novas vertentes e integrantes, entre os quais se destacam o Movimento Popular de Saúde (Mops) e os secretários municipais de saúde que viriam a constituir o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). (SCOREL, 2014, P. 357)

Em 01 de fevereiro de 1987 é instalada a 5ª Assembleia Constituinte do Brasil. O cenário político estava propício às mudanças para o reconhecimento por vias constitucionais dos direitos a cidadania que foram usurpados pela ditadura militar. Os segmentos sociais com sua coalizão de forças puderam ser o diferencial para ampliação dos direitos sociais. Segundo Bravo (2006), no que se refere à saúde, foram travados muitos embates políticos entre o setor privado da saúde (Federação Brasileira de Hospitais e Associação das indústrias farmacêuticas (multinacionais) e os defensores da Reforma Sanitária, representada pela Plenária Nacional de Saúde<sup>12</sup>, que pleiteavam uma saúde pública, universal e igualitária entre outras propostas expressas no relatório Final da 8ª CNS. Deste embate saiu vitoriosa a sociedade brasileira e em 22 de setembro de 1988 é aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte a Constituição da

---

<sup>12</sup> Plenária Nacional de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular – Mops e Conam –, do movimento sindical – Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT) e Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) –, dos profissionais da saúde (federações, confederações, associações nacionais, sindicatos e conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PCdoB, PT e PSB) e de representantes da academia (Abrasco, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas), além de entidades representativas setoriais, como o Cebes, o Conass e o Conasems. Em agosto de 1987, representando 168 entidades, a Plenária Nacional de Saúde apresentou no plenário da Constituinte a proposta de emenda popular assinada por 54.133 eleitores, lida por Sergio Arouca. (FALEIROS et al., 2006; PAIM, 2008, SCOREL 2014, p. 358)



República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, denomina pelo presidente da Câmara dos Deputados, Ulysses Guimarães com a “Constituição Cidadã”.

O texto constitucional, com relação à Saúde, após os vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. (BRAVO, 2006, P. 97) os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: O direito universal à Saúde e o Dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurados/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos público para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição de comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, apud BRAVO, 2006, p. 97

A Constituição Federal de 1988 determinou em seu artigo 199 que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e em seu inciso 1º ratifica a participação da rede privada na saúde pública ao permitir a participação das instituições privada de forma complementar ao Sistema Único de Saúde - SUS, porém, restringe o seu campo de ação quando veta no seu inciso 3º a participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previsto em lei.

Está foi a saída que os legisladores deram para o impasse político da área da saúde, reflexo da forte influência econômica que o setor privado da saúde exerce na economia e na política brasileira, que foi amplamente favorecido e fortalecido pelo governo da ditadura militar, desta forma a Constituição brasileira consegue legitimar o SUS.

Conforme alguns autores o SUS é definido como, uma “[...] política de Estado construída pelas forças sociais que lutaram pela democracia [...] no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, [...] se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde em uma perspectiva universalista” (TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014, p. 122, 123).

Desse modo o SUS faz parte do tripé da Seguridade Social: Saúde, previdência e Assistência Social (ANGHER, 2006, p. 82). Possui como princípios, conforme a Lei 8.080/90, a universalidade, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde entre outros.

Além disso, foi visto na Constituição Federal de 1988, no artigo 200, no que diz respeito ao âmbito da saúde nos termos de lei, que é controlar, fiscalizar, executar as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e da saúde do trabalhador, incrementar, em sua área de atuação, o

desenvolvimento científico e tecnológico fiscalizar e inspecionar alimentos, participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, colaborar na proteção do meio ambiente. (ANGHER, 2006, p. 84)

O SUS tem ampla atuação, permeia os territórios, os distritos sanitários, as comunidades e todos os espaços sociais. “Da vacina ao transplante, os números relativos à produção de ações e serviços de saúde pelo SUS contam-se em termos de bilhões, milhões e milhares [...] contém a mais extensa rede de serviços e a maior cobertura populacional.” (TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014, p. 122)

Após a Constituição de 1988, foram necessários quase dois anos para vigorar a Lei Complementar (8.080 de 1990), um longo período para sua implementação e mais vinte anos para sua regulamentação. Durante o processo de construção do SUS a partir da década de 90, há uma nova ofensiva do capital, influenciada por mecanismo internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional - FMI, Banco Internacional de Desenvolvimento – BID) que através da Reforma Gerencial do Estado transfere o gerenciamento de parte da rede pública de Saúde para a iniciativa privada.

Para compreender esse processo é preciso resgatar alguns elementos da reforma do Estado implantada na década de 1990, marcada pelo enxugamento do tamanho do estado e pela transferência da gestão de serviços não exclusivos, como saúde, educação e cultura, para entidades privadas. (PINTO, TEIXEIRA, SOLLA, REIS, 2014, p. 235)

Através da Contrarreforma do Estado a iniciativa privada tem intensificado e aprofundada a mercantilização da saúde. Certamente as novas alternativas de gestão introduzidos no Estado Brasileiro, foi através da Reforma Gerencial do Estado, com a iniciativa privada, amplia a sua atuação com o serviço de gestão para a saúde e no mercado dos seguros privados para o setor. Segundo Bahia (1999) há uma nova forma de expansão do setor privado de saúde.

[...] Os novos horizontes para o setor privado se estendem desde a mera terceirização dos serviços até a formação/adaptação de consórcios intermunicipais, entidades privadas sem fins lucrativos, que administrariam dois tipos de planos privados: um para os que “não podem pagar” e que atualmente representam os clientes do SUS e outro para os que estão cobertos por planos mantidos direta ou indiretamente pelas empresas empregadoras. Estes planos seriam financiados com recursos governamentais e por recursos diretamente repassados pelas empresas, que teriam o direito de abatê-los das contribuições que realizam para a seguridade social. (BAHIA, 1999, p. 19)

No congresso da Abrasco que ocorreu em 2014, foram apresentados dados preliminares sobre doações eleitorais pelos pesquisadores Lígia Bahia e Mário Scheffer que dizem que das 19 operadoras de planos de saúde, doaram o valor de R\$ 8.382.850,00, sendo que 93,20% aproximadamente, foram doados por apenas três grandes operadoras: Amil (R\$ 4.000.000,00), Bradesco Saúde (R\$ 3.125.000,00) e a Unimed (688.000,00), para 30 candidatos com o objetivo de utilizar o valor nas Campanhas Eleitorais em 2014.

Do valor total das doações, aproximadamente 47,71% foi doada à candidata à reeleição presidencial Dilma Rousseff (PT) o valor de R\$ 4.000.000,00 por uma única operadora de plano de saúde a Amil e o restante foi distribuído para 15 candidatos a deputados federais; 1 do PC do B, 3 do PMDB, 2 do PSD, 2 do PSDB, 2 do PSB, 1 do PDT, 4 do PT e a 1 candidato ao senado pelo DEM.

Para fins de comparação de dados os pesquisadores analisaram as eleições de 2010<sup>13</sup> e informa que as empresas de planos de saúde doaram R\$ 11.834.436,69 a 153 candidatos, destes foram eleitos 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, 3 senadores, 3 governadores e a presidente Dilma Rousseff. Os pesquisadores apontam forte indício de clientelismo entre os políticos e as operadoras de planos de saúde.

Há indícios de que existe relação entre o financiamento das campanhas e a atuação futura do parlamentar ou do governante eleito. A doação também pode estar relacionada com compromissos e envolvimento anteriores do candidato com a defesa de interesses e manutenção de privilégios dos planos de saúde.

Tem sido comum a nomeação de representantes dos planos de saúde para cargos estratégicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atua na regulação e na fiscalização do setor. Nos últimos anos, vários diretores da ANS, inclusive um ex-presidente, eram quadros oriundos ou indicados por empresas de planos de saúde. (BAHIA, SCHEFFER, 2014, p. 3-4)

Ainda neste mesmo ano o Presidente da câmara dos Deputados Eduardo Cunha (PMDB RJ) apresentou a Proposta de Emenda Parlamentar (PEC) 451/2014 que obriga todas as empresas legalmente constituídas a garantirem a seus empregados serviços de assistência médica. Esta proposta desresponsabiliza em parte o Estado de oferta serviços de Saúde a todo cidadão brasileiro, amplia o setor privado de saúde, principalmente as operadoras de planos de saúde, contribuir para a desarticulação do SUS e conseqüentemente para encaminhamento da privatização da saúde.

A ofensiva para o desmonte do SUS e avanço da iniciativa privada na saúde ocorre com maior intensidade em 2015. Com a Lei 13.097 de 01/2015 permitindo a participação direta e

---

<sup>13</sup> A informação não segue uma linha cronológica porque o foco da pesquisa foram as eleições de 2014. Utilizam-se dos dados das eleições de 2010 como forma de demonstrar os valores vultuosos de doações que os planos privados investem na política brasileira.

indireta do capital estrangeiro na saúde, na instalação, operacionalização ou exploração de hospitais, clínicas, gerais e especializadas, policlínica, inclusive de natureza filantrópica, alterando o artigo 23 da Lei 8.080, indo de encontro ao art. 199 que veta esse tipo de atuação. A Agenda Brasil, sugerida pelo presidente do Senado, Renan Calheiros em agosto, propôs a cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de Renda. Devido a reação dos setores organizados de saúde que defendem o SUS, esta proposta foi retirada no dia seguinte a sua apresentação.

Esta inserção começou a partir da Lei dos Planos e Seguros Privados de Assistência a Saúde de 1998, que permitiu que empresas de plano de saúde internacionais atuem no Brasil, com este tipo de segmento.

A saúde já estava, portanto, parcialmente aberta a investidores internacionais que tornaram-se acionistas de empresas de planos de saúde e de grupos hospitalares ligados a elas. Recursos de origem estrangeira também haviam sido aportados em laboratórios de exames diagnósticos, neste caso de modo não autorizado, mas consentindo pelos órgãos governamentais. (SCHIFFER, 2015, p. 663)

Essas investidas da iniciativa privada podem ser observadas ao longo do processo histórico aqui brevemente retratados. Compreender as nuances das transformações societárias e de que forma o capital influenciou nas configurações do Estado ao longo da história, permite refletir a sua importância para a percepção da trajetória da saúde brasileira, a formação do SUS e seus modelos de gestão.

## 2.2 AS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO ESTADO E SUAS EXPRESSÕES NA GESTÃO DO SUS

O Estado é dinâmico, modifica-se com os processos históricos e as transformações societárias. Segundo Bonavides há várias concepções de Estado: filosófica, jurídica e sociológica. “Há pensadores que tentam caracterizar o Estado segundo posição predominantemente filosófica; outros realçam o lado jurídico e, por último, não faltam aqueles que levam mais em conta a formulação sociológica de seu conceito.” (BONAVIDES, 2000, p. 73).

Com as transformações societárias e a separação entre o público e o privado, o Estado moderno, assume várias formas, modificando-se em determinados períodos históricos. Todas

as formas do Estado Moderno; Absolutista, Liberal, Intervencionista ou Social, Neoliberal, nasceram no Velho Mundo (Europa). (AQUINO e outros, 1997)

Desse modo, as formas do Estado Moderno constituíram-se em cada país conforme as suas particularidades oriundas do seu processo histórico, da consolidação e expansão do capitalismo e da ideologia burguesa. O Brasil, colonizado pelo europeu, traz nas suas raízes, tradições, costumes e vícios que perpassam todos os espaços sociais, políticos e econômicos. Esses elementos aliados às influências externas contribuíram para a formação do Estado Brasileiro.

O Estado Absolutista (Europa - século XIV ao século XVIII) era constituído pelo poder absoluto do rei. “[...] o príncipe representaria o poder de Deus na terra, os súditos não poderiam contestar o comando do soberano, nem sequer questioná-lo, porque em última análise estariam contrariando o sagrado[...]”. (SPARAPANI, 2012, p. 1). O Brasil, apesar de não ser um Estado Nação neste período, vivencia o Absolutismo através de seu colonizador, Portugal, que transfere para o Brasil colônia parte do seu aparato de Estado; a sua administração pública, caracterizada pelo Patrimonialismo (ALVERGA, 2011). Esse legado ainda permeia o Estado Brasileiro, em todos os setores, inclusive na saúde.

[...] o Estado Português era um “feixe de cargos”, onde a sociedade não era formada, por uma classe média de empreendedores, artesãos e comerciantes, mas por servis funcionários da máquina estatal. [...] o Brasil manteve a máquina estatal como uma teia de cargos públicos ocupados por pessoas fiéis ao monarca e que formavam uma classe de médio poder aquisitivo e altamente influente nos assuntos da corte, como classe denominada de Burocracia. (VASCONCELOS, 2008, p. 42, 58)

Devido ao acordo financeiros com a Inglaterra, para financiar a independência do Brasil de Portugal, o Estado Brasileiro passa a sofrer forte influência estrangeira. Desta forma, incorpora outros elementos à sua administração pública, o liberalismo, fruto dos ideais iluministas e da Revolução Francesa.

Em oposição ao Absolutismo, surge o Iluminismo que é a fonte inspiradora para a Revolução Francesa, com ela nasce o Estado Liberal (Século XVIII até final do século XIX). Segundo Mourano (2004), “o objeto central do Estado era o indivíduo e o papel do Estado era garantir, acima de tudo, a liberdade das pessoas.” Behring (2000, p. 3) reforça esse entendimento quando faz alusão a John Locke. “[...] Para Locke, o poder tem origem num pacto estabelecido pelo consentimento mútuo dos indivíduos que compõem a comunidade, no sentido de preservar a vida, a liberdade e, sobretudo, a propriedade [...].”

Vasconcelos (2008) aponta que o Liberalismo brasileiro se expressa na primeira Carta Magna do Brasil de 1824, na separação dos poderes do Estado (Poder Legislativo, Poder Moderador, Poder Executivo e o Poder Judicial); na inviolabilidade dos direitos civis a liberdade, proteção individual e da propriedade; o poder legislativo representativo limitado às elites; o Estado limita a sua ação sobre os interesses individuais.

Desta forma, segundo Vasconcelos (2008, p. 64), a primeira Constituição do Brasil [...] “foi um produto híbrido da equalização entre o liberalismo e o absolutismo. A base da oligarquia brasileira se forma nesse período, pelos grandes latifundiários exploradores da atividade agrícola e da escravidão. Há certas particularidades contraditórias no Liberalismo brasileiro; a escravidão e o autoritarismo. Os escravocratas buscaram justificar o escravismo no direito à propriedade privada e o imperador D. Pedro I, exercia sua autoridade de forma centralizadora e autoritária, contrariando os ideais Liberais. Para Behring (2008, p.75) “O Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambiguidade entre o liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes” [...].

O Estado Liberal defende a liberdade individual (propriedade privada), econômica (livre mercado), política (igualdade perante a lei, estado de direito) e o não intervencionismo (a não interferência do Estado na economia). Segundo o pai da economia moderna, Adam Smith, a economia capitalista deveria auto regular-se, através da mão invisível do mercado, que atua de forma natural na regulação das relações sociais, desta forma a iniciativa privada poderia agir livremente, sem intervenção do Estado. Segundo Behring, o Estado passa a atuar de forma mínima (para o social e máxima para o capital), neste entendimento Behring faz menção a Bobbio.

Trata-se, portanto, de um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude. Um Estado com apenas três funções: a defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos; e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada. (BEHRING; 2006, apud, BOBBIO, 1988, p.17, 18).

Conforme Behring (2006), para os liberais, o individual está acima do coletivo. Cada um tem que buscar o seu bem-estar para si e seus familiares, suas conquistas são através do mérito e da seleção natural, predominando a liberdade e competitividade, a necessidade básica não devem ser totalmente satisfeitas e a miséria é natural e insolúvel; a pobreza deve ser amenizada pela caridade privada, atingindo os indivíduos que não têm condições de disputar uma vaga no

mercado de trabalho, como crianças, idosos e os deficientes. Segundo essa perspectiva, o Estado deve ser neutro, garantido a liberdade individual, a propriedade privada e o livre mercado.

Para responder às expressões da questão social<sup>14</sup>, o Estado capitalista passa atuar de forma tímida, regulando leis em favor dos trabalhadores, já não há mais lugar apenas para o princípio da liberdade em que prevalecia o individualismo. Com a luta de classes o Estado passa a utilizar-se do princípio da igualdade para tentar amenizar as necessidades da coletividade.

Segundo Paim (2007), o Estado tem apoio das classes dominadas, representando-os, porém este é regido pelas classes dominantes através das suas ideologias, utilizando o seu poder político em benefício próprio. Para Marx & Engels (1999, p. 10), “O governo moderno não é senão um comitê para gerir os negócios comuns de toda a classe burguesa, é o comitê executivo da burguesia.” Nesses termos a burguesia demonstra uma necessidade de recorrer ao Estado, para equilibrar a economia financeira diante de uma crise do capital.

A crise financeira gerada pela perda de receita das exportações dos produtos americanos para a Europa, causou a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929 gerando a Grande Depressão criando uma crise econômica de proporções mundiais, o capitalismo passa a ser questionado na sua legitimidade, bem como os pressupostos e ideias do Liberalismo Econômico. Como resposta à crise propaga-se as teorias do economista inglês John Maynard Keynes, que questionou a autorregulação da economia capitalista e da sua mão invisível. Para ele, cabe ao Estado regular e equilibrar a economia para garantir altos níveis de consumo e emprego. Este tem que ser intervencionista, regulador do setor privado, fixador das regras de mercado, para estimular o crescimento econômico e a redução das desigualdades sociais. Para conter os efeitos dos ciclos econômicos de recessão e depressão, deveria aplicar medidas fiscais, creditícias, de gastos e realização de investimentos (BEHRING, 2000, p.8 e 9).

Na Europa do século XX, muitos problemas sociais foram decorrentes da Segunda Guerra Mundial e dos processos de industrialização. Devido às pressões sociais da classe trabalhadora, o Estado passa a garantir-lhes às condições mínimas de vida e de reprodução, passa ser um agente transformador que se utiliza do princípio da universalidade para assegurar direitos, através de políticas sociais, fruto de reivindicações sociais conquistadas pela luta de classe.

---

<sup>14</sup> Expressões da questão social “é uma manifestação da relação de exploração entre capital e trabalho, tendo sua gênese nas relações de produção capitalista, onde se gestam as classes e seus interesses.” (MONTAÑO, 2012, p. 280)

Num período de ampla acumulação do capital, entra em cena o Estado Intervencionista ou Social, que passa a atuar em favor da população marginalizada, cria-se um sistema de proteção social, amplia-se o conceito de seguridade social. O Estado retira do capital privado o monopólio da força de trabalho, fortalece as políticas públicas sociais, os sindicatos e amplia os direitos sociais, há uma relação entre Estado e sociedade, dando origem ao Estado de Bem Estar Social, surgiu o Welfare State. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008)

Esta forma de organização político-social desenvolveu-se na Europa num contexto de crise do capital e do desenvolvimento de experiências socialista pelo mundo. Propagou-se por vários países de forma diferenciada, conforme o contexto histórico de desenvolvimento do capitalismo, garantindo os serviços públicos e proteção social à população. O Estado passa a se responsabilizar na manutenção das condições de vida dos cidadãos.

Segundo Behring, os princípios que regem o Welfare State são os seguintes:

1. Responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado o nível de emprego; prestação de serviços sociais universais como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2. Universalidade dos serviços sociais; e, 3. Implantação de uma “rede de segurança” de serviços de assistência social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008. p. 94).

Ampliam-se o direito à cidadania. É o que sinalizam Pereira e Stein (2010, p.109), quando dizem que: “Assim, ao mesmo tempo que tais políticas procuram viabilizar direitos sociais, criavam condições para o pleno exercício dos direitos individuais (civis e políticos), garantindo aos cidadãos acesso aos meios de trabalho e participação política [...]”

Para Salvador (2010), que também reforça alguns elementos sobre a atuação do Estado para garantias sociais:

Na história do capitalismo, os embates entre o capital e o trabalho, ou mais precisamente, a luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e por uma situação mais digna de trabalho, levaram à construção de um determinado padrão de regulação do trabalho e dos sistemas de proteção social, particularmente no período de 1945 e 1975 nos países desenvolvidos. A regulamentação da força de trabalho e da proteção social espelha a correlação de forças na sociedade e conta com a participação fundamental da intervenção do Estado. (SALVADOR 2010, p.64)

Conforme Goldani (2004), há uma ampla discussão pelos intelectuais brasileiros se no país de fato ocorreu o Estado de Bem-Estar social.

Existem várias interpretações sobre o modelo de sistema de proteção social construído ao longo da segunda metade do século XX no Brasil. Draibe (1993) considera que existe um modelo de Estado de Bem-Estar do tipo conservador-corporativo até os



anos 1980, enquanto Vianna (1998) caracteriza-o como neocorporativista e americanizado. Outros autores consideram que, mesmo contando com um sistema de proteção social amplo, o Brasil nunca adotou, de fato, um Estado de Bem-Estar nos moldes universalistas, tal como os europeus [Poschmann (2003) e Lavinias e Garson (2003)]. (GOLDANI, 2004, p.218)

De modo que Segundo, Santos (2012, p. 72, 99 e 186), o capitalismo retardatário brasileiro levou ao desenvolvimento industrial tardio em relação aos países europeus e com uma grande dependência do capital estrangeiro, devido a política industrialista de Getúlio Vargas.

no século XIX, por força de um regime social obsoleto, o escravismo, não pudemos sequer incorporar o resultado básico da Primeira Revolução Industrial (1760-1830) e muito menos avançar pela trilha da Segunda Revolução Industrial (1870-1890), a do aço, da química, da eletricidade, dos novos bens de capital, do petróleo e do motor a combustão interna. Mas no século XX, os padrões tecnológicos ficaram relativamente estáveis nos países desenvolvidos. Tivemos a sorte de desfrutar das facilidades da cópia. Até 1930, consolidamos a indústria de consumo mais simples. E nos 50 anos subsequentes, copiamos o aço, a eletricidade, a química básica, o petróleo, o automóvel, os eletrodomésticos, chegando até máquinas e equipamentos mais sofisticados. Levamos 100 anos, de 1830 a 1930, para imitar a inovação fundamental da Primeira Revolução Industrial, o setor têxtil. E noventa anos, de 1890 a 1980, para copiar os avanços da Segunda Revolução Industrial. Quando tudo dava a impressão de estarmos prestes a entrar no primeiro mundo, eclodiu a Terceira Revolução Industrial. (SANTOS apud CARDOSO DE MELLO, apud ARANHA, p.119-120).

A classe trabalhadora industrial brasileira não foi constituída de forma gradual como na Europa, esta teve que se adaptar-se de forma abrupta a sua nova realidade de trabalho e o Estado passa a ter um papel importante para regular as relações entre o capital e o trabalho.

Esse formato de industrialização no Brasil levou a enormes problemas sociais, aumento da pobreza e do desemprego e precariedade do regime de trabalho. Ocorre que as características desse trabalhador, super explorado e sem direitos, próprio do meio rural de então, acaba por continuar se reproduzindo em sua cultura política, mesmo após sua transformação em empregado assalariado urbano. Sem dúvida que o processo de organização dos trabalhadores brasileiros foi impactado pela longa tradição escravista do país e pela ausência de antecedentes organizativos dos trabalhadores livres, de perfil predominantemente rural, no início do século XX. Isso significa dizer das dificuldades no processo de organização da classe operária, nesse momento de sua emergência. (SANTOS, 2012, p.139).

Na Europa, em oposição aos princípios do Welfare State ressurgiu o pensamento de Adam Smith, de liberdade individual e de mercado, a não interferência do Estado na economia e auto regulação dos mercados; surgiu o novo liberalismo. Para o fundador do neoliberalismo,

Friedrich August Von Hayek (Áustria, 1899 – 1992), ganhador do Prêmio Nobel de economia de 1974, o intervencionismo estatal levaria ao totalitarismo e à perda da liberdade; suas teses foram demonstradas no seu texto “O Caminho da Servidão”. Segundo Montañó, para Hayek a liberdade econômica está acima das liberdades civis e políticas, pois sem ela as demais liberdades desaparecem. Os governos devem se incumbir de suprir uma estrutura para o mercado e fornecer os serviços que o mercado não pode fornecer, mas as ações sociais deveriam ficar a cargo das Organizações Não Governamentais - ONGS, das instituições sociais das igrejas de forma descentralizadas e focalizadas. Defende as desigualdades sociais, pois esta é o mecanismo estimulador do desenvolvimento sócio econômico (MONTAÑO, 2010).

O Neoliberalismo pode ser entendido “[...] como uma filosofia econômica com a pretensão de restabelecer níveis de lucratividade que permitam criar condições orientadas a uma explosão global de desenvolvimento”. (BLACKBURN, 1999, apud GASPAROTTO, GROSSI E VIEIRA, 2014, p. 7). Conforme Gasparotto, Grossi e Vieira (2014, p.7) “[...] O projeto neoliberal defende a retração da intervenção do Estado no campo social. Há a valorização da área econômica em detrimento da social”.

Devido à crise econômica capitalista de proporções mundiais nos anos 70, os governos, segundo eles, passam a não ter meios de sustentar o bem estar social, visto que a burguesia capitalista buscava manter suas altas taxas de lucro. Com o agravamento da crise mundial devido ao aumento do petróleo em 1973, propagam-se as ideias do neoliberalismo calcadas na desestatização do Estado na economia, da política de privatização de empresas estatais, abertura da economia, desburocratização e diminuição do Estado, pouca intervenção do governo no mercado de trabalho, tendo como ideia central o Estado mínimo. Segundo Pereira e Stein (2010), há um desmonte dos direitos sociais e as políticas sociais passam a ser focalizadas, fragmentadas, voltadas para a criação de programas emergenciais com ênfase na difusão do solidarismo onde o Estado perde o papel principal de interventor social, enfraquece suas ações nas políticas públicas e sociais. Segundo Behring (2008, p.129), o “neoliberalismo em nível mundial configura-se como uma reação burguesa conservadora e monetarista, de natureza claramente regressiva, dentro da qual se situa a contrarreforma do Estado”.

Estão configurados todos os elementos para um novo tipo de Estado, o Neoliberal. Mourano (2004) o define como,

Essencialmente regulador e não executor, as atividades que permanecerem sob a sua responsabilidade deverão ser preferencialmente executadas de forma descentralizada com a contratação de entidades ou empresas privadas, de modo a que o Estado apenas mantenha suas funções de ente soberano.... [...]o Poder Público deixa à iniciativa

privada a realização das atividades econômicas, reservando para si aquelas de que participa ou nas quais intervém somente em setores essenciais ou indelegáveis, para cujo desempenho a iniciativa privada se apresenta deficiente. (MOURANO, 2004, p.3).

No final da década de 80, a ideologia do Neoliberalismo começa a criar corpo na política brasileira. Em 1989 ocorreu um encontro em Washington, “[...] começa o movimento de uma geral e radical (contra) reforma do Estado, orientada nos postulados do Consenso de Washington” (MONTAÑO, 2010, p.38). Os postulados do Consenso de Washington foram implementados no Brasil com o governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), consolidando-se com a era do presidente Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-2003). As diretrizes econômicas destes governos foram influenciadas pelas deliberações deste Consenso.

Segundo Lopes (2011, p.2), o termo Consenso de Washington foi cunhado devido as ideais do influente economista inglês John Williamson. O termo tem origem, “num conjunto de regras básicas, identificadas pelo economista John Williamson em 1990, baseadas no pensamento político e opiniões que ele acreditava reuniram consenso amplo naquela época”.

O Consenso de Washington foi convocado pelo Instituto Internacional de Economia, onde se reuniram diversos economistas latino-americanos liberais, funcionários do Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do governo norte-americano, onde foi deliberado um conjunto de medidas a serem aplicados nos países Centrais e Periféricos de forma diferenciadas. “Tais determinações não são iguais para todos os países; assim, para os países centrais e periféricos<sup>15</sup> têm-se recomendações ou exigências diferentes no processo de reestruturação do Estado [...]”. (TAVARES, in TAVARES e FIORI, 1993, apud MONTAÑO, DURIGUETTO, 2010, p. 205). As deliberações desse Consenso foram as seguintes: “[...] disciplina fiscal, priorização dos gastos públicos, reforma tributária, liberalização financeira, regime cambial, liberalização comercial, investimento direto estrangeiro, privatização, desregulação e propriedade intelectual. (CARCANHOLO, in MALAGUTI et alii, 1998, apud MONTAÑO, 2010, p. 29).

A “(contra-) reforma do Estado. [...], a chamada “reforma do Estado” está articulada com o projeto de liberar, desimpedir e desregular a acumulação de capital, retirando a legitimação sistêmica e o controle social da “lógica democrática” e

---

<sup>15</sup> Os países Centrais são assim classificados, conforme a sua renda per capita, o valor do produto interno bruto e sua industrialização, são avançados tecnologicamente. Possuem alto nível de desenvolvimento econômico e social e índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que analisa a riqueza, educação e esperança média de vida; comandam a economia mundial. Os países periféricos são os países subdesenvolvidos com pouca industrialização, dependentes dos países centrais e instáveis economicamente. Disponível em: <https://geografialeonardo.wordpress.com/2012/11/27/paises-centrais-emergentes-e-perifericos/>. Acesso em 12/07/2017.

passando para a “lógica da concorrência” do mercado (cf. Montaña, 1999). Sendo assim, concebe-se como parte da reforma (“flexibilização” e precarização) das bases de regulação das relações sociais – políticas e econômicas -, portanto, articulada à reestruturação produtiva e ao combate ao trabalho, no seio da reestruturação do capital. É, assim, uma verdadeira contra-reforma, operada pela hegemonia neoliberal, que procura reverter as reformas desenvolvidas historicamente por pressão e luta sociais e dos trabalhadores, tendo seu ponto máximo na Carta de 1988. (MONTAÑO, 2010, p. 29).

O Estado brasileiro é apontado como a causa central da crise no país, segundo os Neoliberais. Estes defendem que o Estado brasileiro precisa ser reformado, privatizado e aberto ao capital estrangeiro para integra-se ao sistema econômico mundial. Segundo Figueiras (2005), o Brasil foi o último país da América Latina a executar um projeto neoliberal, devido às fortes frações do capital<sup>16</sup>, a mobilização e intensa participação política dos trabalhadores. “Inicia-se, lenta e gradualmente, o processo de reestruturação (ajuste) capitalista no Brasil. Começa a amadurecer a ideia de reforma do Estado, eliminando os aspectos “trabalhistas” e “sociais” [...]”. (MONTAÑO, 2010, p. 36). Segundo Behring (2008, p. 113), “a partir dos anos 1990, o Brasil adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, mais uma vez adaptando-se às requisições do capitalismo mundial”. Na década de 90 o principal documento orientador dessas reformas neoliberais no Brasil no governo de FHC foi o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado - PDRAE (1995). Reforma foi introduzida no ordenamento jurídico através da Emenda Constitucional de 19/98 e a concessões de serviços públicos para a iniciativa privada, foi regulamentada através de lei complementar.

O Estado deixa de ter o papel de provedor social, retira-se do campo econômico vendendo suas estatais, sendo esta assumida pelo mercado, entra em cena à iniciativa privada mercantil, está aberto o caminho para o capital financeiro se consolidar no país. O Estado assegura por meio de intervenções, as condições necessárias para a expansão da iniciativa privada no país, atendendo as exigências do capital tanto a nível nacional como internacional.

---

<sup>16</sup> As distintas frações do capital devem ser identificadas e caracterizadas a partir dos distintos lugares e funções que diferentes conjuntos de capitais particulares ocupam e cumprem no processo de acumulação, em diferentes momentos da produção e reprodução do capital social – o que dá, objetivamente, a cada um desses conjuntos, internamente, uma forte unidade de interesses. Externamente, esses distintos lugares e funções de cada um dos conjuntos de capitais os colocam, potencialmente, em conflito entre si, apesar da condição geral de serem todos capitais e, por isso, possuírem o mesmo interesse na exploração do trabalho e a mesma lógica de caráter mais geral. Na prática existem, pelo menos, quatro modos – não necessariamente excludentes – de se identificar, caracterizar e distinguir as diversas frações do capital, quais sejam: 1- A distinção clássica a partir da oposição entre produção e circulação, que identifica, de um lado, diferentes formas de capital produtivo (agrário e industrial) e, de outro, distintas formas que podem ser assumidas pelo capital dinheiro (bancário e comercial). 2- A distinção pela origem ou procedência do capital: nacional, estrangeiro ou associado. 3- A distinção pelo tamanho do capital: grande, médio e pequeno. 4- E, por fim, a distinção pelo lugar de realização dos lucros: o mercado interno, o mercado externo ou ambos os mercados. (FILGUEIRAS, 2005, p. 4)

O capital não prescinde de seu pressuposto geral – o Estado –, que lhe assegura as condições de produção e reprodução, especialmente num ciclo de estagnação. Hoje, cumprir com esse papel é facilitar o fluxo global de mercadorias e dinheiro, por meio, como já foi sinalizado, da desregulamentação de direitos sociais, de garantias fiscais ao capital, da “vista grossa” para a fuga fiscal, da política de privatização, entre inúmeras possibilidades que pragmaticamente viabilizem a realização dos superlucros e da acumulação. (BEHRING, 2009, P. 9) [...] “o neoliberalismo, mais que menos Estado, propugna outro Estado. O que pretende é mudar algumas de suas pautas, porém não tem asco da intervenção do Estado quando preserva e garante os privilégios do capital, individual ou coletivamente considerados” (MONTES, 1996, apud BEHRING, 2009, p. 9)

Segundo Mourano, (2004, p.3), “O Estado Neoliberal se concretiza através de instrumentos de desestatização, que pode ocorrer através de três mecanismos principais: privatização, publicização e terceirização”.

Segundo a Lei 9.491 de 1997 do Brasil, art.2º, § 1º, considera-se desestatização:

a alienação, pela União, de direitos que lhe assegurem, diretamente ou através de outras controladas, preponderância nas deliberações sociais e o poder de eleger a maioria dos administradores da sociedade; a transferência, para a iniciativa privada, da execução de serviços públicos explorados pela União, diretamente ou através de entidades controladas, bem como daqueles de sua responsabilidade; a transferência ou outorga de direitos sobre bens móveis e imóveis da União, nos termos desta Lei.

Através do processo de desestatização o governo de FHC segue à risca as diretrizes do Consenso de Washington, redefinindo “[...] a participação do Estado nas atividades essenciais, ampliando a participação da sociedade civil de direito privado no sistema de proteção social [...]” (BORGES, MOIMAZ, SIQUEIRA, GARBIN, 2010, p.112). Os neoliberais propagam que o Estado é ineficiente, ineficaz e lento no gerenciamento das suas Estatais e na oferta dos seus serviços essenciais como educação e saúde. Para atender o capital o Estado desregulamenta-se (BORGES et al, 2010).

O Estado Brasileiro se ausenta quando articula as intervenções por privatização, publicização e terceirização. Como é visto por Sousa (2015), na citação a seguir, a definição de privatização é:

[...] todas as medidas adotadas com o objetivo de diminuir o tamanho do Estado e que compreende, fundamentalmente, a diminuição da intervenção do Estado no domínio econômico ou desregulação, a desmonopolização de atividades econômicas, a venda de ações de empresas estatais ao setor privado ou desestatização, a concessão de serviços públicos e a terceirização, aqui tida como a fórmula pela qual a administração pública celebra acordos de vários tipos para buscar a colaboração do setor privado. (DI PIETRO, 2009, apud SOUSA, 2015, p. 17).

“[...] a incrementar o papel do setor privado e, paralelamente, a reduzir o intervencionismo estatal na economia. É um conceito que engloba vários meios destinados a mudar a relação entre o Governo e o setor econômico privado”. Sousa (apud ROJAS, 1993, p. 100-101). [...] redução da atividade pública na produção e distribuição de bens e serviços, mediante a passagem dessa função para a iniciativa privada. (ROJAS, 1993, apud SOUSA, 2015, p. 17).

[...] como um conjunto de decisões que compreendem, em sentido estrito, quatro tipos de atividades. Primeiro, a desregulação ou liberação de determinados setores econômicos. Segundo, a transferência de propriedade de ativos, podendo ser através de ações, bens etc. Terceiro, a promoção da prestação e gestão privada de serviços públicos. E, quarto, a introdução de mecanismos e procedimentos de gestão privada no marco das empresas e demais entidades públicas. (ARANA 1991, apud SOUSA, 2015, p. 18).

Contudo o termo “Publicização” foi definido pelo a Ministro da Administração e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, como “[...] descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica”. PDRAE (1995, p.13)

O termo “Publicização” é definido por Bresser Pereira em 1998, no sentido ideológico (Montaño, 2010, p.45 e 46), como “[...] a transformação dos serviços não-exclusivos do Estado em *propriedade pública não-estatal* e sua declaração como organização social” (grifo do autor). A publicização não é a única forma de flexibilização do Estado, outra forma é a terceirização das atividades de apoio dos hospitais referente a atividade meio (administrativas, limpeza e copa).

Segundo Junior (2013), a terceirização envolve a ciência da administração e da economia. Define o termo da seguinte forma:

"é a transferência de algumas atividades (atividades meio) para outras empresas, proporcionando um direcionamento maior de recursos para atividade fim, possibilitando entre outras vantagens, a redução da estrutura operacional, a diminuição de custos, a economia de recursos e desburocratização da administração. [...] significa a contratação de terceiros, por parte de uma empresa, para realização de atividades gerais, não essenciais, visando à racionalização de custos, à economia de recursos e à desburocratização administrativa. [...] constitui um importante elemento que pode indicar a forma pela qual a empresa se estrutura e se organiza. [...] implica necessariamente no envolvimento de um terceiro numa determinada relação empresarial e que inicialmente, como tal, não era conhecido. [...] O sentido de “terceiro” no fenômeno da terceirização não se subsume a sua conotação jurídica (aquele que é estranho a uma relação jurídica entre duas pessoas), mas ao significado usado no campo da administração de empresas: aquele outrem, para quem é descentralizada as atividades da empresa. Este é, pois, o significado do “terceiro”, do qual surge a palavra “terceirização” (JUNIOR, 2013, p. 1)

## 2.3 O SUS E AS NOVAS FORMAS DE GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

O SUS é uma política de Estado que foi construído pelos meios democráticos, através das lutas sociais de redemocratização do Brasil e pelo movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), pelo qual foi institucionalizado na Constituição Federal de 1988 e concretizados através da Leis 8.080/90 e 8.142/90<sup>17</sup>.

Além disso, o SUS unificou o sistema de saúde e descentralizou a sua gestão, estando por sua vez inserido na seguridade social. Do mesmo modo, o SUS possui uma extensa rede de serviços e uma ampla cobertura populacional.

Atua na execução de ações de vigilância sanitária, epidemiologia, farmacêutica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, a organização de políticas e ações de saneamento básico; sangue e hemoderivados; recursos humanos na saúde; vigilância nutricional; proteção ao meio ambiente; de medicamentos e insumos de interesse; de fiscalização (alimentos, produtos, transporte, guarda), desenvolvimento científico e tecnológico. É considerado por alguns autores como o maior sistema público do mundo (TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS define o SUS como um sistema de saúde que “[...] é constituído pelo conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atuam em todo território nacional, com direção única em cada esfera de governo. [...]” (BRASIL, 2007, p. 33). Teixeira, Souza e Paim conceitua o SUS de forma mais abrangente ao defini-lo como:

[...] expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais. Nesse sentido, o SUS assume e consagra os princípios da *universalidade, igualdade e integralidade da atenção* à saúde no sentido de superar o sistema de saúde herdado do período anterior à Constituição cidadã, de modo a garantir o acesso da população a bens e serviços que promova a sua saúde e seu bem-estar [...]. (TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014, p.123)

Para descentralizar as ações e serviços de saúde no Brasil e implementar o processo de municipalização dessas ações, o governo federal elabora a partir dos anos 90, as Normas

---

<sup>17</sup> A Lei 8.080 – Lei Orgânica da Saúde regula as ações e serviços de saúde em todo território Nacional. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços.

A Lei 8.142 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Operacionais Básicas do SUS – NOBS (01/91;01/93;1/96) estas deram origem à Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, “cujo conteúdo tratava de resgatar o princípio da regionalização dos serviços de saúde, contrapondo-se à excessiva fragmentação provocada pela municipalização induzidas pelas NOB 01/93 e 01/96” (TEIXEIRA, 2002, apud TEIXEIRA, SOUZA, PAIM, 2014, p.127)

Em 1995 o Governo Federal inicia uma ampla reformulação das bases da Administração Pública Brasileira, utiliza-se do argumento que a Constituição Federal de 1988 contribuiu para o aumento das despesas do Estado devido às conquistas sociais, de caráter universal e gratuito como na saúde. Outro argumento utilizado é que a administração pública tornou-se lenta, sem autonomia, então, através da PDRAE o Estado passar utilizar-se da administração gerencial. Ao utilizar-se desse tipo de administração o cidadão passa a ser cidadão-cliente, de modo que, com a reforma gerencial do estado a administração públicas passam a utilizar os conceitos da administração privadas que são: flexibilização, autonomia, descentralização, contratualização e desburocratização. (CEREIJIDO, 2002; SANO, ABRUCIO, 2008; IBAÑEZ, NETO 2008)

Refere-se como Administração Gerencial um modelo de administração pública que reflita as grandes e marcantes transformações econômicas, políticas e sociais do Estado contemporâneo, no sentido da globalização da economia, da crescente diminuição do intervencionismo estatal que marcou este século e do amplo desenvolvimento de parcerias com o setor privado, bem como de uma democracia participativa”. (BORGES, 1999, apud CEREIJIDO, 2002, p. 156)

Para Cereijido (2002) as autoras Borges e Pietro, (1999) ressalta a importância da transformação econômica, política e social do Estado, bem como a relevância para o entendimento da função do Estado e a forma de atuação do poder público e de sua Administração,

Não se quer mais o Estado prestador de serviços; quer-se o Estado que estimula, que ajuda, que subsidia a iniciativa privada; quer-se a democratização da Administração Pública pela participação dos cidadãos nos órgãos de deliberação e de consulta e pela colaboração entre o público e o privado na realização das atividades administrativa do Estado; quer-se a diminuição do tamanho do Estado para que a atuação do particular ganhe espaço; quer-se a flexibilização dos rígidos modos de atuação da Administração Pública, para permitir maior eficiência; quer-se a parceria entre o público e o privado para substituir-se a Administração Pública dos atos unilaterais, a administração Pública autoritária, verticalizada, hierarquizada. (PIETRO, 1999, apud CEREIJIDO, 2002, p. 5)



Com o PDRAE o Estado começa a criar novas alternativas de gestão, para o setor referente aos serviços não exclusivo<sup>18</sup>, para tal, define como objetivos:

Transferir para o setor público não-estatal estes serviços, através de um programa de “publicização”, transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim ter direito a dotação orçamentária. Lograr, assim, uma maior autonomia e uma conseqüente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços. Lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social, viabilizando o controle social. Lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações. Aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor. (BRASIL, 1995, p. 46, 47)

Uma das críticas às reformas gerenciais do Estado foi a desresponsabilização deste ao transferir para o terceiro setor<sup>19</sup> (não-estatal) a realização de serviços públicos, sob regulação estatal, ao invés de modernizar os processos de gestão no interior da administração pública Estatal, delega ao privado o gerenciamento de seus serviços. (IBAÑEZ, NETO, 2008) Para Montaña, (2010, p. 203) “a lei, articulada pelo ex-ministro Bresser Pereira, promove uma verdadeira transferência de atividades estatais para o setor privado”.

Para Borges e outros (2010), a privatização de serviços de saúde passa por etapas de subfinanciamento que gera sucateamento dos serviços; esfacelamento das relações dos profissionais trabalhadores da saúde e pela “semiprivatização, que seria a entrega das unidades públicas para a administração privada, contudo ainda sob propriedade estatal” (OH et al., 2011,

---

<sup>18</sup> Corresponde ao setor onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não-estatais e privadas. As instituições desse setor não possuem o poder de Estado. Este, entretanto, está presente porque os serviços envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem “economias externas” relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado. As economias produzidas imediatamente se espalham para o resto da sociedade, não podendo ser transformadas em lucros. São exemplos deste setor: as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa e os museus. (BRASIL, 1995, p. 41, 42)

<sup>19</sup> [...] O conceito “terceiro setor” foi cunhado por intelectuais *orgânicos do capital*, e isso sinaliza clara ligação com os interesses de classe, nas transformações necessárias à alta burguesia. Assim, o termo é construído a partir de um recorte do social em esferas: o Estado (“primeiro setor”), o mercado (“segundo setor”) e a “sociedade civil” (“terceiro setor”). Recorte este, como mencionamos, claramente neopositivista, estruturalista, funcionalista ou liberal, que isola e autonomiza a dinâmica de cada um deles, que portanto, desistoriciza a realidade social. Como se o “político” pertencesse à esfera estatal, o “econômico” ao âmbito do mercado e o “social” remetesse apenas à sociedade civil, num conceito reducionista. (MONTAÑO, 2010, p. 53)

apud BORGES et al, 2012, p. 18). A privatização do sistema de saúde no sentido amplo da palavra é a transferência do direito coletivo é fundamental (previsto constitucionalmente) em um produto de consumo (totalmente mercantilizado) sobre a responsabilidade privada.

Privatizar um sistema de saúde exige o controle privado das ações públicas, a sua oferta pelo mercado dos seguros ou pelo desembolso direto - quando um indivíduo paga diretamente ao prestador de serviços de saúde-, com a separação entre o financiamento e a oferta de serviços- e a instituição de suposta competição dentro do sistema, contrastando com os sistemas públicos que integram financiamento e assistência. (LEYS, PLAYER, 2011; WAITZKIN et al., 2007, apud BORGES et al 2012, p.17)

Segundo uma avaliação do Banco Mundial, realizada em 2007, sobre a qualidade de atendimento dos hospitais públicos brasileiro, apontam como principais deficiências às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos, devido ao mau desempenho gerencial. Essas dificuldades gerenciais são mais acentuadas nos hospitais estaduais dos que nos federais.

O fator principal identificado pela avaliação do Banco Mundial foi a falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais, estas faltas impactam na agilidade e qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. Além disso, foi identificado que os hospitais vinculados à administração pública direta enfrentam diversas dificuldades devido à falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa. (NOGUEIRA, 2010)

Segundo Nogueira (2010), às deficiências na gestão dos hospitais públicos brasileiro são consequências das dificuldades enfrentadas pelos gestores do SUS devido a:

1) reduzida autonomia técnico-administrativa, devido às normas e procedimentos típicos da administração direta;2) limitações criadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente quanto à admissão e expansão dos recursos humanos;3) falta de agilidade nos processos licitatórios para a aquisição de equipamentos e insumos de necessidade urgente; 4) 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.(NOGUEIRA, 2010, p. 36)

Para tentar reduzir esses impactos negativos na gestão dos hospitais públicos e amenizar as deficiências nos serviços prestados aos usuários do SUS, os gestores do SUS tem utilizado de Novos Modelos de Gestão introduzidos na administração pública brasileira a partir da PDRAE através do processo de publicização, transferindo a gestão de unidades de saúde pública a entes não-estatais de direito privado ou do modelo sob forma de administração indireta estatal.

Entretanto, a busca dessas novas alternativas para a gestão da saúde necessita de critérios e parâmetros.

Segundo Ibañez e Neto (2008, p. 1835, 1836), a busca de novos modelos de gestão para saúde não pode acontecer sem parâmetros, as alternativas de gestão da saúde devem contar com quatro grupos de premissas que não devem ser ignoradas, são estas: Subordinação à política de saúde do nível de governo onde a organização se inserir, legalidade, eficiência gerencial, capacidade de controle.

Segundo os autores a primeira premissa permite que as contratações para a gestão e os termos de ajuste com os entes privados viabilizem o financiamento, a execução dos serviços e cumprimento das metas contratadas. A legalidade deve buscar clareza na lei ao criar alternativas para a gestão, para que estas não pareçam que são criadas para contornar outras leis preexistente. Deve ser transparente para o tipo de gestão que se propõe.

Os autores concluem que a eficiência gerencial aumenta a efetividade, é reflexo das duas outras premissas. A eficiência é prejudicada quando se utiliza o Estatuto do Servidor Público para gerenciar pessoas cujo os contratos são regidos pela Consolidação das Leis de Trabalho – CLT e quando se utiliza da estrutura da execução orçamentária da administração direta. A estrutura organizacional não deve ser rígida a ponto de não se permitir modificações, esta deve ser estabelecida pela organização contratada.

A quarta e última premissa que trata do controle, os autores esclarecem que o contrato de gestão é rígido por metas de produtividade e por resultados quantitativos, sem se preocupar na maioria das vezes, com a qualidade ou pela escuta dos envolvidos no processo. Os órgãos públicos de fiscalização tais como Tribunal de Contas - TCU, Ministério Público - MP, Secretarias de Controle Interno, dentre outros, são voltados mais para o controle de meios e não de resultados dos serviços ofertados. Quando essas premissas não são observadas na contratação de entidades privadas para gestão de unidades públicas de saúde, poderá gerar distorções para o SUS no que tange a descentralização da gestão do sistema e na perda de recursos públicos da saúde muitas vezes ocasionadas pela concepção patrimonialista que permeia o Estado.

Além dessas premissas para formulação de parcerias com as organizações civis de direito privado, não lucrativa, se faz necessário observância dos princípios do SUS, para que estas novas alternativas de gestão para a saúde, não caiam em contradição com a lei que rege o Sistema Único de Saúde. Afinal, estas alternativas são criadas para gerir da melhor forma o sistema de saúde, na busca de eficiência, eficácia e produtividade, para que resultem na

melhoria do atendimento dos serviços de saúde ofertadas aos usuários do sistema, conforme propagam os neoliberais.

Gomes (2014), observa que os modelos privados de gestão ferem ou ameaçam alguns princípios do SUS, tais como: participação comunitária, direito à informação, Universalidade e integralidade, Universalidade e integralidade. Nos novos modelos alternativos de gestão os Conselhos de Saúde que são responsáveis pelos debates das políticas pública junto às comunidades, para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS, são substituídos pelos conselhos fiscais ou consultivos das organizações não-estatais.

Para Gomes (2014), há recusa das entidades contratadas em fornecer informações referente a execução de serviços, além de informações escassa (relatórios, contratos de gestão, auditorias internas etc..) nas três esferas federal, estadual e municipal, por parte dos órgãos contratantes dos serviços. A fragilidade dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde pública também são fatores que impedem a obtenção de informações devido a inibição destes profissionais de participarem de conferência e Conselhos, devido a possibilidade de demissão por parte dos empregadores privados.

Segundo Gomes (2014), estes princípios estão em constante ameaça porque podem introduzir no SUS uma dupla porta de acesso, uma gratuita, universal e igualitária e outra através dos planos privados de saúde. Como exemplo cita o Estado de São Paulo que tentou através da Lei Estadual 1.131/2010 reservar nas unidades hospitalares que faziam parte da gestão indireta, gerenciados pelas organizações sociais, 25% dos seus leitos para serem ocupados por usuários de planos de saúde privado. Caso a medida não sofresse contestação e fosse reconhecida pela justiça a sua ilegalidade, através de ação judicial, poderia ter causado discriminação entre os usuários do SUS, em relação os que possuíam planos de saúde e os que não possuíam. O acesso integral e universal é ameaçado devido a não previsão legal de dotação orçamentária nos dispositivos jurídicos das novas formas alternativas de gestão e pela não obrigatoriedade de contratação e permanência de profissionais pelo regime de trabalho estatutário.

Neste trabalho serão abordadas alguns dos novos modelos de gestão desenvolvidos no SUS para gerenciar as suas unidades de saúde, são estes: Organização Social - OS; Organização Social Civil de interesse público - OSCIP; Parceria Público Privado - PPP; Consórcio; Fundação Estatal; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh.

## QUADRO 1 - SÍNTESE DOS MODELOS

	<b>Organização Social e OSCIP</b>	<b>Parceria Pública Privada – PPP</b>	<b>Consórcio</b>	<b>Fundação Estatal</b>	<b>EBSERH</b>
<b>Base legal</b>	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998; Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999	Lei Federal nº 11.079/2004	Lei Federal 11.107/2005	Projeto de Lei nº 92 de 2007 que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal (em tramitação no Congresso Nacional)	Lei Federal 12.550/2011
<b>Relação com a administração pública</b>	Não é administração pública	Não é administração pública	Administração pública	Administração indireta	Administração indireta
<b>Personalidade jurídica</b>	Direito privado	Direito privado	Direito privado	Direito privado	Direito privado
<b>Normas de direito público</b>	Não observa	Observa	Observa	Regime administrativo mínimo	Regime administrativo mínimo
<b>Financiamento e fomento</b>	Contrato de gestão/termo de parceria	Contrato de Concessão	Rateio entre os entes consorciados	Contrato de autonomia	Contrato de autonomia

Fonte: Nogueira, adaptado pela autora

Com a Lei Federal nº 9.637/98, os objetivos do Plano Diretor para os serviços não exclusivos começam a ser alcançados, surge as figuras jurídicas de Organizações Sociais (OS), bastante empregada como forma alternativa de gestão para a saúde. A Lei no seu artigo 1º qualifica como organização social “[...] pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos,

cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde[...].” Quando a organização civil (associação ou fundação) passa ser reconhecida como Organização Social conforme critérios previstos no artigo 2º da Lei Federal 9.637/98, passam a ser caracterizadas de interesse social e de utilidade pública federal, se for Organização Social de Saúde (OSS) atual por meio de contrato de gestão com o SUS nos três níveis da administração pública; federal, estadual e municipal, gerenciando hospitais públicos controlando o seu patrimônio e quadro de pessoal, desta forma há o processo de publicização, ocorrendo a transferência da unidade pública hospitalar para o ente privado gerenciar, mais a unidade contínua pública. (BORGES et al, 2012)

Conforme Borges et al (2012) há autores que defendem a transferência da gestão de unidades hospitalares para as organizações sociais, devido as seguintes aspectos:

Agilidade na compra de bens médico-hospitalares duráveis e não duráveis por não enfrentarem o regime de compras estipulado pela Lei de licitações 8.666/93); Maior autonomia na gestão do trabalho em saúde, contrato via CLT; As OSS não seriam submetidas às regras estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; Haveria uma “melhor” (traduzida como menor) relação funcionário-leito pela incorporação de tecnologia; O estabelecimento de contrato de gestão entre as OSS e o poder público garantiria uma relação mais eficiente na prestação de serviços por recurso empregado com metas de produção, que indicariam uma melhor direcionalidade do processo de trabalho; A existência de um sistema de metas permitiria uma melhor avaliação do desempenho setorial e pessoal de recursos humanos da unidade hospitalar, além de indicar os critérios de eficiência com a qual essa opera. (BARBOSA, ELIAS, 2011, apud BORGES et al, 2012)

Esses aspectos abordados por Borges (2012), também são aplicados à outras formas de modelo de gestão para a saúde pública, as OSCIP, PPP, Consórcio Público, Fundação Estatal e Ebserh. Em contraponto aos novos modelos de gestão, autores defendem que se trata de uma proposta de redução de gastos públicos. Há a “redução dos gastos sociais, privatização e mercantilização das políticas sociais. (CORREIA, 2004, apud BRAVO et al, 2008, p. 76)

As OCIPs diferem da OS por que neste tipo de organização não há a transferência da gestão das unidades de saúde (hospitais, postos de saúde). São realizados termos de parceria para gestão de pessoal. As OCIPs são “ONGs com reconhecimento do Ministério da Justiça para o estabelecimento de parcerias com o poder público na realização de certas atividades estatais, como a gestão de recursos humanos e desenvolvimento de projetos.” (BORGES et al, 2012, p. 115)

Conforme o Portal Brasil, na PPP a empresa privada poderá ser contratada para realização de uma obra ou prestação de serviços ou ambos. O contrato não poderá ser inferior

a 5 anos e nem superior a 35 anos sendo o seu valor mínimo de R\$ 20 milhões, o contrato poderá ser de concessão patrocinada ou administrativa. No primeiro os usuários pagam uma tarifa pelos serviços e como o valor não é suficiente para cobrir investimento da empresa privada o poder público complementa a remuneração da empresa. No segundo a remuneração da empresa privada é feita integralmente pelo poder público, sem o pagamento de qualquer tipo de tarifa pelo usuário do serviço. (<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/04/parceria-publico-privada-ppp>)

No que se refere ao Consórcio como novo modelo de gestão, ele constitui-se como um instrumento para consolidação do SUS

Consistem na união entre dois ou mais entes da Federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos. Constitui-se numa associação pública, com personalidade jurídica de público e de natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. (BAHIA, SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2017)

A partir de 1988, os municípios passam a ser os principais executores das políticas de saúde do SUS. Estes, historicamente sempre tiveram dificuldades para financiar os serviços de saúde por não possuírem verbas necessárias para sua execução. Com os Consórcios de Saúde os municípios passaram a contar com essa alternativa para tentar viabilizar o acesso à saúde para sua população. (BAHIA, SESAB, 2017)

É um compromisso que dois ou mais municípios assumem de somarem esforços para a solução de um problema, ou trato de um assunto, que isoladamente nenhum dos consorciados teria condições de resolver de modo satisfatório e em tempo oportuno, seja pela complexidade da questão, seja pelo volume de recursos financeiros, técnicos e administrativos exigidos pelo empreendimento. (BRASIL, CONASS, 2008 p. 23)

Conforme o inciso 3, do artigo 1º, os Consórcios Públicos na área da saúde deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde e terão por objetivos aqueles determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, observados os limites constitucionais.

De acordo com o Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2007), a Fundação Estatal é um organismo da Administração Pública desde 1967, com flexibilidade e autonomia mais amplas do que as atuais autarquias e fundações públicas de direito público possuem.

é uma categoria jurídica da administração pública, sendo um ente que a integra e que se sujeita ao Estado, com contratação de pessoal mediante concurso

público, licitação, controle interno e externo e submissão aos princípios da administração pública. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2007 p. 9)

A Fundação Estatal (é um Projeto de Lei Complementar nº 92/07), trata-se de um novo regime administrativo, que não se restringe apenas a área da saúde e atende as seguintes áreas (Assistência Social; Cultura; Desporto; Meio Ambiente), conferindo-lhe características condizentes com as necessidades atuais da administração pública. cabe destacar três pontos fundamentais: I) é estabelecido metas de desempenho para cada serviço prestado, veiculado diretamente com os recursos recebidos pelas Fundações Estatais; II) O comprometimento dos seus dirigentes com as metas contratadas e a vinculação dos respectivos mandatos ao êxito da gestão; III) O sistema de governança profissional, democrático, com participação social e subordinado a controles internos e externos da Administração Pública. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2007 p.6)

Segundo Weichert (2009, p. 85),

A fundação estatal prestaria serviços públicos, segundo o regime jurídico aplicável às entidades governamentais que atuam na atividade econômica, tais como as empresas públicas e as sociedades de economia mista. [...] Cada uma teria seu próprio corpo de profissionais, regidos pela CLT, contratados mediante concursos públicos e mantidos sem vínculo de estabilidade; o regime de licitações não seguiria o rigor da Lei n. 8.666/93, mas sim regulamentos próprios; a remuneração de seus funcionários e diretores não seguiria os tetos remuneratórios do Poder Público; a gestão financeira não se submeteria à Lei de Responsabilidade Fiscal.

Há também as Fundações de direito privado, sendo esta, instituída por pessoas físicas ou jurídicas no campo da iniciativa privada. Assim, a fundação de direito privado está fora do Estado.

No governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007 a 2011 2º mandato), em janeiro de 2010, com o objetivo de recuperação física e tecnológica dos hospitais Universitários institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf). Os Hospitais Universitário Federais (HUFs) tem a sua gestão subordinada a Universidade Federal a que pertence e por sua vez está vinculado ao Ministério da Educação (MEC), são integrados ao SUS, conforme artigo 45 da Lei 8.080/90, “[...] têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde. São responsáveis por grande parte das pesquisas clínicas na área biomédica e pela formação de um expressivo número de profissionais de saúde, em nível de graduação e pós-graduação (REIS E CECÍLIO, 2009, apud SODRÉ et al, 2013, p. 365).

Como parte da reestruturação dos hospitais universitários federais, no final do governo Lula, é criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), em 15 de dezembro de



2011 pela Lei 12.550, como o objetivo de cuidar da gestão dos hospitais universitários mediante contrato com as Universidades Federais. Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado, de capital social próprio totalmente pertencente a União, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), tem como finalidade conforme o seu art.3º:

a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. (Lei 12.550, 2011, art. 3º)

Observa-se uma inconsistência da personalidade jurídica de direito privado da Ebserh (art.1º, da Lei 12.550) com a sua finalidade de prestação de serviço gratuito. Segundo o artigo 5º do Decreto Lei 200 de 1967, inciso II, define-se empresa pública como:

entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei **para a exploração de atividade econômica** (grifo nosso) que o Governo<sup>20</sup> seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito.

A Lei de criação da Ebserh admite a possibilidade de exploração econômica quando determina no artigo 8º como uma das fontes de recurso: o aluguel do seu patrimônio e recebimento de dividendos, e no seu parágrafo único, (embora não seja sua finalidade principal) quando determina que o “O **lucro líquido da EBSERH** (grifo nosso) será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência”, também poderá receber lucros de empresas que for acionista, na forma de dividendos<sup>21</sup>. Há uma grande possibilidade da Ebserh se associar com empresas privadas do setor da Saúde, tanto para participar diretamente do seu capital como possibilitar ao setor privado usufruir de seu patrimônio. (ANDREAZZI, 2013). Outra forma do capital privado da saúde associar-se a Ebserh é através da criação de subsidiária integral que é prevista no artigo 1º inciso 2º da Lei 12.550. Segundo o Dossiê contra a atuação da Ebserh no complexo do hospital de clínicas da universidade federal do Paraná, a futura subsidiária da Ebserh poderá lançar ações na bolsa de valores, dessa forma alienar o seu capital.

<sup>20</sup> A citação do Decreto está com a grafia da época, por não haver uma versão atualizada.

<sup>21</sup> Parcela de lucro distribuído a acionista de sociedade por ações, apuradas na empresa após término do exercício social. Art. 2º da Lei 6.404 das Sociedades por ações.

[...] mesmo em se tratando de subsidiária integral, existe a possibilidade de alienação, no todo ou em parte, do capital social, hipótese em que a subsidiária integral passa à condição de subsidiária simples. Aplicando este raciocínio à EBSERH, que foi autorizada pela lei a constituir subsidiárias integrais, tem-se que a empresa pode, em momento posterior, vir a alienar parte de suas ações ao setor privado, de forma que, no futuro, empresas particulares podem ser autorizadas a operar no ensino público e na prestação de serviços de saúde no âmbito do CHC/UFPR, ou seja, no âmbito do SUS. (Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná et al., 2016, p. 20)

Segundo o Estudo, descrito no Dossiê, a legislação que constituiu a Ebserh (Lei 12.550 e Decreto 7.661 de 28/12/2011), conforme gerencia a sua parte operacional e de recursos humanos, demonstra caráter mercantil, com as seguintes características: dispensa de licitação e sem efetivo controle social, gestão voltada para os resultados e alógica da produtividade, priorizando o atendimento dos usuários de forma qualitativa, receitas oriundas da iniciativa privada, com finalidade não associada a fins acadêmicos ou de atendimento ao SUS, pesquisa voltada para o mercado, conselhos consultivos, que restringem a participação de usuários e de trabalhadores, gestores sem vínculos com os hospitais universitários, precarização do regime trabalhista, venda de vagas para a iniciativa privada, prejuízo do ensino, da pesquisa e da extensão.

Conforme exposto observa-se a flexibilização da Legislação para atender as reformas gerenciais do Estado, operacionalizada com a reforma Bresseriana na década de 90, que o governo de Lula de certa forma, deu continuidade às propostas do governo de Fernando Henrique Cardoso de privatizações e flexibilização do Estado Brasileiro, contribuindo com o avanço do neoliberalismo no Brasil. Para tentar barrar a legislação da Ebserh de cunho privatista, cujo o modelo de gestão não é compatível com o caráter público dos hospitais universitários, a acessória jurídica do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Nível Superior (ANDES-SN) elaborou parecer contra a Medida Provisória 520 (posteriormente convertida na Lei 12.550) argumentando a sua Inconstitucionalidade e encaminhou em 03/2011<sup>a</sup> Procuradoria Geral da República (PGR), ao procurador Roberto Gurgel. Com base neste parecer a PRG ajuíza ação de Inconstitucionalidade da Lei 12.550, que cria a Ebserh.

Os novos modelos de gestão na saúde abordados neste trabalho refletem a ausência de separação da esfera pública da privada, denotando a articulação público privado na saúde brasileira.

No início do desenvolvimento da saúde brasileira, há uma ausência do Estado no que se refere ao atendimento individualizado (ambulatorial e hospitalar), com isto, a iniciativa privada passa a ocupar este espaço. Em certos momentos articula-se com o Estado e em outros o pressiona. Através da reforma gerencial do Estado, o Sistema Único de Saúde, passa a incorporar na sua gestão os conceitos da administração privada. Desse modo, o atual formato

da política de saúde no Brasil tem buscado a parceria com o campo privado através de novos modelos de gestão no SUS.

Os novos modelos de gestão foram legitimados através de Leis Federais, a partir dessas leis gerais os estados e municípios criam sua própria legislação legitimando os novos modelos de gestão implantados para o gerenciamento das unidades públicas de saúde de sua rede própria.

O Estado da Bahia transferiu unidades hospitalares ao setor privado muito antes da regulamentação federal e nos últimos anos vem aumentando o número de contratos com o setor privado para gerenciamento de suas unidades de saúde. Para uma melhor compreensão dessa realidade, se faz necessário mapear as formas de gestão implantadas no Estado e a reflexão sobre a gestão indireta e a articulação público-privada em uma unidade hospitalar da rede própria, em Salvador/Ba.

### **3. CAPÍTULO II - A REDE PÚBLICA DE SAÚDE E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NO SUS BAHIA: ANÁLISE DE UMA UNIDADE HOSPITALAR DA REDE PRÓPRIA**

Trata-se da análise da articulação público-privada em uma unidade da rede própria em Salvador. Ainda neste capítulo constam-se as considerações finais realizadas sobre o estudo e da importância deste tema para a área profissional.

#### **3.1 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA**

A gestão e organização do sistema estadual de saúde são de responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, órgão da estrutura administrativa do governo do Estado da Bahia, tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, criada pela Lei nº. 2.321, de 11 de abril de 1966, no governo de Antônio Lomanto Júnior. (BAHIA, SESAB, 2017)

Segundo Santos e Assis (2017), o território sanitário da Bahia é dividido por regiões, desde a década de 70, com a reforma administrativa do Estado, operava com 21 macrorregiões administrativa, coordenados pelas Diretorias Regionais de Saúde - DIRES. Essa divisão do território sanitário por regiões ao longo do tempo passará por modificações. Com a edição das

Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 2001/2002, que instituiu o Plano Diretor de Regionalização - PDR, o estado da Bahia através da SESAB elabora neste mesmo ano o PDR para delimitar espaços territoriais. Define o processo de regionalização do SUS- Bahia da seguinte forma: divisão em seis macrorregiões e 31 microrregiões de saúde. Com a adesão estadual ao Pacto de Gestão, em 2007, e para atender as diretrizes traçadas no Plano Estadual de Saúde (PES) 2008/2011, o PDR que já havia passado por atualizações nos anos de 2003/2004, em 2007 sofre nova atualização e o território sanitário da Bahia passa a contar com 9 macrorregiões de saúde: Norte (27 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (73 municípios) e 28 microrregiões.

Em atendimento ao Decreto de Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em 2012 o PDR sofre outra atualização bastante significativa. Com a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB<sup>22</sup> Nº 275/2012, às Macrorregiões e Microrregiões são substituídas por 28 Regiões de Saúde<sup>23</sup> para tender os 417 municípios baianos: Alagoinhas (18 municípios), Barreiras (15 municípios), Brumado (21 municípios), Camaçari (6 municípios), Cruz das Almas (9 municípios), Feira de Santana ( 28 municípios), Guanambi (21 municípios), Ibotirama (8 municípios), Ilhéus (9 municípios), Irecê (19 municípios), Itaberaba (14 municípios), Itabuna ( 21 municípios), Itapetinga (12 municípios), Jacobina (19 municípios), Jequié (25 municípios), Juazeiro (9 municípios), Paulo Afonso (9 municípios), Porto Seguro (8 municípios), Ribeira do Pombal (15 municípios), Salvador (10 municípios), Santa Maria da Vitória (13 municípios), Santo Antônio de Jesus (23 municípios), Seabra (11 municípios), Senhor do Bonfim (9 municípios), Serrinha (20 municípios), Teixeira de Freitas (13 municípios), Valença (13 municípios), e Vitória da Conquista (19 municípios). Outra mudança significativa foi a extinção da DIRES em dezembro de 2014 e a criação dos Núcleos Regionais de Saúde. (BAHIA, 2012); (SANTOS, ASSIS, 2017)

Para os autores Santos e Assis (2017), a DIRES tinha uma importante atuação para o fortalecimento do SUS nas regiões de saúde do estado da Bahia, atribui a reforma administrativa do Estado a uma mera redução da estrutura pública em detrimento do fortalecimento regional do SUS.

---

<sup>22</sup> Comissão de articulação entre os gestores estadual e municipal.

<sup>23</sup> Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A reforma administrativa em curso, na Bahia, tem sido encarada como um enxugamento da ‘máquina pública’ para diminuição de gastos, em detrimento do processo de fortalecimento e aperfeiçoamento da regionalização. Entre outras coisas, as DIRES desenvolviam ou poderiam desenvolver um vigoroso apoio institucional aos municípios nas regiões de saúde (SANTOS, 2013; PINHEIRO; JESUS, 2014; ALMEIDA; SANTOS, 2015 apud SANTOS, ASSIS, 2017, p. 417)

Com a reforma administrativa o governo do Estado fragiliza as ações institucionais para o monitoramento e organização das Redes de Atenção à Saúde, ao extinguir as 31 DIRES e instituir em seu lugar apenas nove Núcleos Regionais de Saúde, denotando o enxugamento da “máquina pública”. Outra área importante de atuação da SESAB é a rede própria de saúde do estado da Bahia, administrada pela Diretoria da Gestão da Rede Própria (DGRP), que é uma das quatro diretorias ligada a Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS, integrante da SESAB.

A DGRP é responsável pelo acompanhamento das unidades públicas estaduais de assistência à saúde. Está se desdobra em duas diretorias: a Diretoria de Gestão da Rede Própria Sob Gestão Direta – DIRPGD, responsável pelas unidades sob gestão direta, e a Diretoria de Gestão da Rede Própria Sob Gestão Indireta – DIRPGI, responsável pelo acompanhamento das unidades sob gestão terceirizada por Organizações Sociais (SECRETÁRIA, 2017). Conforme quadro abaixo, a rede própria estadual é composta por 106 unidades de saúde. (Quadro 2)

**Quadro 2** – Composição de parte da Rede Própria Estadual de Saúde da Bahia

<i>Unidades de Saúde</i>	<b>Gestão Direta</b>	<b>Gestão Indireta</b>	<b>Total de Unidades</b>
<i>Hospitais</i>	23*	18	41
<i>Centro de Referência</i>	06	-	06
<i>Unidade de Emergência</i>	04	01	05
<i>UPA</i>	-	04	04
<i>Ambulatório</i>	30	20	50
<b>Total Geral</b>	<b>63</b>	<b>43</b>	<b>106</b>

Fonte: Relatório 3º Quadrimestre 2016 – SESAB; adaptado pela autora.

\*13 unidades hospitalares estão localizadas em Salvador, sendo 1 hospital dia no Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa – CEDAP<sup>24</sup>.

A rede estadual de saúde é composta por unidades hospitalares de média e alta complexidade, em hospitais gerais, hospital dia, hospitais especializados e maternidades, na capital ou no interior do estado; centros de referências; unidades de emergências, ambulatórios; unidades de pronto atendimento – UPA, de gestão direta e indireta. Das 41 unidades hospitalares, 43,90% estão com a gestão terceirizadas pelas entidades privadas, um percentual

<sup>24</sup> O CEDAP (antigo CREAIDS) atende a pacientes com diagnóstico de IST/HIV/AIDS de toda a Bahia.

bastante expressivo, que leva a reflexão sobre a determinação Constitucional de limitar a participação das entidades privadas no SUS de forma complementar, conforme art. 199 (RELATÓRIO 3º quadrimestre. SESAB, 2016).

As unidades hospitalares sob gestão direta estão presentes em 07 Regiões de Saúde em 09 novas cidades do Estado da Bahia, totalizam 3.179 leitos de internação, (Quadro 3).

**Quadro 3 – Unidades Hospitalares Rede Própria – Gestão Direta**

Hospital	Região de Saúde	Município da Unidade Hospitalar	Leitos de Internação	Leitos de Internação por Regiões de Saúde
Hospital Geral de Camaçari	Camaçari	Camaçari	116	116
Hospital Especializado Lopes Rodrigues	Feira de Santana	Feira de Santana	133	393
Hospital Geral Clériston Andrade		Feira de Santana	260	
Hospital Regional de Guanambi	Guanambi	Guanambi	120	120
Hospital Geral Luiz Viana Filho	Ilhéus	Ilhéus	106	106
Hospital Geral de Ipiaú	Jequié	Ipiaú	58	218
Hospital Geral Prado Valadares		Jequié	160	
Hospital Geral Menandro de Faria	Salvador	Lauro de Freitas	102	1.991
CEDAP		Salvador	5	
Instituto de Perinatologia da Bahia		Salvador	86	
Maternidade Albert Sabin		Salvador	62	
Hospital Geral Roberto Santos		Salvador	546	
Hospital Especializado Octávio Mangabeira		Salvador	188	
Hospital Geral Ernesto Simões Filho		Salvador	127	
Hospital Geral João Batista Caribé		Salvador	44	
Maternidade Tsylla Balbino		Salvador	76	
Hospital Juliano Moreira		Salvador	178	
Hospital Geral do Estado		Salvador	266	
Hospital Especializado Couto Maia		Salvador	83	
Hospital Especializado Mário Leal		Salvador	30	
Hospital Ana Nery		Salvador	198	
Hospital Geral de Vitória da Conquista		Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	
Hospital Afrânio Peixoto	Vitória da Conquista		30	
Total	07 Regiões		3.179	

Fonte: Relatório 3º Quadrimestre de 2016 – SESAB, pág. 97 e Anexo I da Resolução CIB nº 275/2012; adaptado pela autora.

As unidades hospitalares sob gestão indireta estão presentes em 11 Regiões de Saúde em 14 cidades do Estado da Bahia, totalizando 2.098 leitos de internação, (Quadro 4).

**Quadro 4 – Unidades Hospitalares Rede Própria – Gestão Indireta**

Hospital	Região de Saúde	Município da Unidade Hospitalar	Leitos de Internação	Leitos de Internação por Regiões de Saúde
Hospital Regional Dantas Bão	Alagoinhas	Alagoinhas	102	102
Hospital do Oeste	Barreiras	Barreiras	247	271
Hospital Santa Rita de Cássia		Santa Rita de Cássia	24	
Hospital Regional de Juazeiro	Juazeiro	Juazeiro	131	131
Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães	Jacobina	Mairi	32	32
Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães	Porto Seguro	Porto Seguro	111	111
Hospital Geral Santa Tereza	Ribeira do Pombal	Ribeira do Pombal	83	83
Hospital Estadual da Criança	Feira de Santana	Feira de Santana	122	122
Hospital Regional de Ibotirama	Ibotirama	Ibotirama	50	50
Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho	Irecê	Irecê	95	95
Hospital Regional de Castro Alves	Santo Antônio de Jesus	Castro Alves	27	171
Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus		Santo Antônio de Jesus	144	
Hospital Geral de Itaparica	Salvador	Itaparica	52	930
Hospital Manoel Vitorino		Salvador	98	
Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Neto		Salvador	243	
Hospital do Subúrbio		Salvador	313	
Hospital Eládio Lasserre		Salvador	140	
Hospital Professor Carvalho Luz		Salvador	84	
Total	11 Regiões		2,098	

Fonte: Relatório 3º Quadrimestre de 2016 – SESAB; adaptado pela autora.

Ao analisar o quadro 3 e 4, observa-se que das 28 Regiões de Saúde, apenas 16 detêm as 41 unidades hospitalares da rede própria de saúde estadual, ficando 12 regiões (Brumado, Cruz das almas, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Paulo Afonso, Santa Maria da Vitória, Seabra,

Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença) desprovidas de hospitais públicos da rede. Das 41 unidades hospitalares, 48,78 % (20 unidades) fazem parte da Região de Saúde de Salvador, fato este que contribui para a superlotação desses hospitais. Há uma fragilidade na rede no que tange a regionalização dos serviços ofertados acarretando prejuízos a população no cuidado com a saúde, além das dificuldades financeiras com o deslocamento, alimentação e hospedagem para os usuários do SUS que habitam essas regiões.

Para fins específicos de análises, o trabalho de conclusão de curso delimita-se a citar alguns modelos alternativos de gestão implantados na Bahia. Dará maior ênfase às Organizações Sociais devido ao fato de quase a totalidade das unidades hospitalares de gestão indireta estarem sob gerência dessas organizações. Os modelos abordados, são os seguintes: Fundação Estatal, Parcerias Público Privado – PPP, Consórcios, Organizações Sociais.

Para atender as necessidades de melhoria da atenção básica à saúde dos municípios baianos, no ano de 2007 a SESAB propôs a criação de uma Fundação Estatal de Saúde como nova alternativa para gestão pública do SUS na Bahia, na tentativa enfrentar os problemas de gestão de pessoal e de dificuldades de realizar projetos municipais de educação permanente. Um dos entraves da gestão de pessoal é atribuído aos baixos salários ofertados, não atrativos para os profissionais da saúde, principalmente para os médicos e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal para contratação de pessoal. (BAHIA, Tribunal de Contas do Estado da Bahia – TCE, 2015)

A partir dessa proposta o governo do Estado aprova a Lei complementar nº 29 de 21/12/2007, que estabelece critérios para criação e estruturação de Fundações Estatais. Inicialmente a proposta da SESAB era que o Estado fosse instituidor da Fundação mais em maio/2008 a SESAB propõe que os municípios sejam instituidores da Fundação e o Estado o seu cofinanciador e apoiador técnico, devido à necessidade de preservar o princípio da municipalização dos serviços de saúde. Para ser instituidor da Fundação, cada município interessado deveria aprovar leis municipais que autorizassem o executivo municipal a instituir a Fundação. Assinam o Protocolos de Intenção de Adesão e Instituição da Fundação 237 prefeitos, dos municípios que pactuaram, somente 110 aprovaram as leis municipais de instituição de Fundação e somente 69 municípios assinam a escritura de instituição da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em 30/04/2009. (BAHIA, TCE, 2015)

A FESF-SUS é uma fundação pública de interesse coletivo, de direito privado, intermunicipal, integra a administração indireta dos municípios, sem fins lucrativos e de utilidade pública. Sua gestão financeira e contábil, de pessoal e compras é regida pelas normas do direito privado. Possui autonomia para exercer suas finalidades.



De acordo com seu ato constitutivo, a Fundação Estatal está subordinada ao controle social do próprio SUS e às legislações e normas dos seus órgãos de gestão, seja ele Ministério da Saúde, Secretaria do Estado ou secretarias Municipais de Saúde, sejam as comissões de Intergestores Tripartite ou Bipartite. A FESF submete-se ainda à supervisão do Tribunal de Contas, sistema de auditoria do SUS, Ministério Público por meio da Promotoria de Justiça de Fundações. (BAHIA, TCE, 2015, P. 11)

A FESF-SUS tem por finalidade exclusiva atender ao SUS no que se refere à Estratégia Saúde da Família, bem como a desenvolver ações e serviços de atenção à saúde. Sua área de atuação passa por uma reestruturação em 2012. Devido a retração dos Municípios de aderirem a FESF através de contratos, devido aos custos de formalização do trabalho profissional e pela inadimplência dos contratos firmados anteriormente por outros municípios. Em março/2012 a Fundação celebra novos aditivos ao Contrato de Programa com a SESAB para ampliar sua área de atuação e desta forma garantir a sustentabilidade da organização. Os Aditivos contratuais ao incluírem novas linhas de ação, ampliam as áreas de atuação da Fundação passando atuar também nas áreas de apoio Institucional, Internação Domiciliar, Projetos Ambientais em saúde, regulação de Leitos, Telessaúde<sup>25</sup>, Humanização Hospitalar, Hospital de Pequeno Porte e Educação na Saúde-UNASUS, além da área de Saúde da Família. (BAHIA, TCE, 2015, p. 15, 17)

Segundo o relatório do TCE (2015), a FESF - SUS, referente aos contratos firmados entre a FESF e a SESAB, utilizado na abordagem deste subitem, há falta de controles internos por parte da SESAB principalmente no que se refere à execução de despesas e operacionalização dos termos de contratos, com impropriedades graves que afetaram a execução do que foi acordado, comprometendo a economicidade, eficiência e eficácia no atendimento do objeto contratual. A auditoria destaca as seguintes ocorrências, evidenciadas nos seus levantamentos, tais como: Falta de formalização dos pagamentos pela Sais, gastos excessivos em exercícios anteriores, multas por atraso de pagamento previdenciários gerando custos adicionais para o Estado, falta de planejamento financeiro, deficiência no serviço de atendimento domiciliar.

Outro modelo de gestão incorporado na gestão do SUS Bahia foi a parceria público privada. O Programa de Parcerias Público Privado na Bahia foi instituído através da Lei nº

---

<sup>25</sup> Telessaúde faz parte do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério de Saúde. Tem como objetivo ampliar a resolubilidade e promover melhorias na qualidade dos serviços e cuidados em saúde, através da oferta de serviços de Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa, Tele-Educação e Telegestão, dirigidos a todos os profissionais de saúde na Atenção Básica (AB), que compõe as equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Provac, Mais Médicos, Programa Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde. <http://telessaude.ba.gov.br/>

9.290, de 27 de dezembro de 2004. Para auxiliar no Programa de PPP no Estado, o governo contrata a consultoria do Programa de Fomento à Participação Privada em Infraestrutura (PFPP) que é uma parceria entre o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o International Finance Corporation (IFC) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). (SANTOS, 2015)

Conforme Santos (2015), a PPP para saúde no Estado, tem início com o Hospital do Subúrbio. Devido à preocupação com a manutenção e substituição dos equipamentos médicos e com a Lei de Responsabilidade Fiscal para contratação de pessoal, a SESAB opta por esse tipo de parceria. A PPP inicia na Bahia um novo modelo de gestão na saúde.

Para assessorar esse projeto de Concessão Administrativa para o Hospital do Subúrbio é firmado contrato com a PFPP, a SESAB passa a contar com as orientações do BNDES e do IFC.

Por intermédio da SESAB, após processo licitatório pelo Estado da Bahia, o Hospital do Subúrbio é concedido através PPP de Concessão Administrativa a Prodal Saúde S/A. Conforme Contrato de Concessão (BAHIA, SESAB, 2010), firmado em 28 de maio de 2010, a empresa Prodal Saúde S/A, administrará a unidade hospitalar por um período de 10 anos, cujo valor para esse período é de R\$ 1.035.000.000,00 (hum bilhão e trinta e cinco milhões de Reais). Como este contrato poderá ser prorrogado por mais dez anos, o valor final desses serviços poderá custar ao SUS bilhões de Reais.

Em relação ao contrato de parceria do Hospital do Subúrbio, Santos (2015), em estudo de Dissertação, conclui, que as evidências analisadas no seu trabalho sugerem que há ganhos extraordinários para o parceiro privado. Para tal, utilizou o argumento da incompletude contratual, através da teoria dos contratos no que tange aos custos de transação *ex ante e ex post*<sup>26</sup>. Analisou os dados de forma qualitativa, confrontou as taxas interno de retorno com os indicadores do contrato responsáveis para o pagamento mensal dos serviços.

Há ainda no SUS Bahia outras duas PPP na saúde, a parceria de Concessão Administrativa para Gestão de Serviço de Apoio ao Diagnóstico por Imagem e a Construção do Hospital Couto Maia, que é um consórcio firmado pela empresa SM. A PPP de Diagnóstico por Imagem será realizada em uma central de Imagem e em 12 unidades hospitalares da Rede Própria integrantes da SESAB, para a realização de exames de: radiologia convencional fixa,

---

<sup>26</sup> O custo de transação *ex ante* são os custos negociados antes da assinatura do contrato, servem para negociar as contrapartidas dos negócios e salvaguardas do contrato e renegociações do contrato. O custo de transação *ex post*

mamografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância Magnética (RMN) e emissão de laudos. (CONTRATO DE CONCESSÃO, BAHIA, SESAB, 2013)

O próximo modelo de gestão incorporado na gestão do SUS Bahia é o consórcio de saúde pública que é a associação de dois ou mais entes da federação, conforme a SESAB, o objetivo é prestar serviços e desenvolver ações conjuntas, bem como uma forma para resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns, assim como ampliam os serviços especializados aos usuários do SUS.

Todavia o consórcio de saúde é responsável pela realização de atividades conjuntas de promoção, proteção e recuperação da saúde das suas populações. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 241 traz.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

Para que houvesse fortalecimento constitucional foram elaboradas leis e decretos assim com a lei 11.107 de 2005, que traz no Art. 1º as normas gerais para a União do Estado, Distrito Federal, e os Municípios sobre a proposta de contratarem consórcios públicos. O que possibilitou autonomia administrativas e financeira dos gestores municipais e ampliação no acesso a saúde pública regida pelas diretrizes que regulamentam o SUS.

O consórcio da Bahia, lançado pelo governo do Estado, segundo a SESAB, tem muita importância na ampliação do atendimento para média e alta complexidade através da abertura das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Policlínicas e Lacem, Serviço de média complexidade o que facilita na eficiência do atendimento. Haja vista que o usuário será transferido para uma unidade de alta complexidade quando houver necessidade do atendimento. Haja vista que tal discurso é analisado por parte de quem defende a proposta do consórcio como algo positivo para a saúde pública. O financiamento para manter o consórcio faz parte da união do Governo do Estado com 40% e do Município com 60% proporcional a população de cada município. (BAHIA, SESAB, 2017)

Outro modelo incorporado à gestão da saúde na saúde e muito utilizado na gestão do SUS Bahia é a Organização Social, modelo que vem se constituindo como referência na administração de hospitais e outras unidades de saúde no estado. A transferência da gestão das unidades de saúde pública no estado para as Organizações Sociais tem início com a publicação da Lei Estadual nº 8.647 de 29 de julho de 2003, que dispõe sobre o Programa Estadual de

Organizações Sociais, que abrange as áreas da saúde, educação, pesquisa, cultura, meio ambiente, trabalho, desporto, ação social e agropecuária. A Lei é regulamentada pelo Decreto 8.890 de 2004, seis anos após a Lei Federal ser aprovada.

Neste mesmo normativo da Lei 8.647 foi instituído na Bahia, o Conselho de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS) cuja competência é: supervisão, coordenação da implementação do Programa; promoção de estudos e diagnósticos para definir diretrizes estratégicas para o Programa; avaliação dos processos de publicização se estão em conformidade com a Lei; manifestar-se sobre a qualificação de entidades civis como OS (avaliação em conjunto com a Superintendência de Gestão e Inovação (SGI) através de parecer técnico); manifestar-se sobre o contrato de gestão firmado entre o Estado e a OS, na área correspondente da atividades e serviços transferidos, bem como sobre as metas operacionais e indicadores de desempenho definidos; avaliar e acompanhar a capacidade de gestão das OS, manifestando-se sobre o seu desempenho e o cumprimento das metas pactuadas no Contrato de Gestão.

Para obtenção da certificação de OS na esfera estadual para atuação em uma das áreas estabelecidas na Lei 8.647, a associação civil privada sem fins lucrativo, deve atender os seguintes critérios: O **Estatuto Social** deve estar adequado conforme definição em lei: a natureza jurídica e objeto social deverá corresponder a área de atuação, neste caso a área de saúde; deverá constar que a atividade é não lucrativa e os superávit deverá ser reinvestido na própria instituição, não poderá remunerar sócios diretores e conselheiros instituído em assembleia, os bens não poderão ser distribuídos e deverá constar uma estrutura mínima composta por Órgãos Deliberativos, de Fiscalização e Executivo; Está **regularizado** nas esferas municipal, estadual e federal, com a Seguridade Social e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. (Lei 8.647/03 e Decreto 8.890/04)

Após a obtenção pela entidade civil (fundação e associação sem fim lucrativo) da certificação de Organização Social de Saúde (OSS), a instituição fica equiparada, para efeitos tributários a nível estadual, a entidade reconhecida de interesse social e de utilidade pública podendo concorrer a gestão de uma unidade pública hospitalar, firmando a parceria através de processo de licitação pelo Estado, apesar de não ser exigido a realização deste procedimento. Após aprovação da melhor oferta para o certame, o licitante celebra o contrato com a OSS transferindo a gestão da unidade hospitalar licitada.

A conjuntura apresenta até o ano de 2016 das OSS contatadas para a gestão dos hospitais estaduais na Bahia, apresentam-se da seguinte forma:

**Quadro 5** - Unidades Hospitalares Rede Própria – Gestão Indireta e suas Organizações Gestoras

Hospital	Organização Gestora	Natureza Jurídica da Organização Gestora
Hospital Regional Dantas Bião	Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária	Organizações Sociais
Hospital do Oeste	Associação Obras Sociais Irmã Dulce - Aosid	
Hospital Regional de Castro Alves	Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves – APMICA	
Hospital Professor Carvalho Luz	Instituto Fernando Filgueiras - IFF	
Hospital Estadual da Criança	Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves – APMICA	
Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho	Associação Obras Sociais Irmã Dulce - Aosid	
Hospital Geral de Itaparica	Instituto Fernando Filgueiras - IFF	
Hospital Regional de Juazeiro	Inst. Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP	
Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães	Pró Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar	
Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães	Monte Tabor – Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária	
Hospital Geral Santa Tereza	Fundação José Silveira - FJS	
Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Neto	Santa Casa de Misericórdia da Bahia - SCMBA	
Hospital Santa Rita de Cássia	Associação Obras Sociais Irmã Dulce - Aosid	
Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	Instituto Fernando Filgueiras - IFF	
Hospital Manoel Vitorino	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar - IBDAH	
Hospital Regional de Ibotirama	SM Assessoria Empresarial e Gestão Ltda.	Privada
Hospital Eládio Lasserre	SM Assessoria Empresarial e Gestão Ltda.	Privada**
Hospital do Subúrbio	Prodal Saúde S/A	Privada – PPP*

Fonte: a Autora, a partir das informações disponíveis no site da SESAB.

\*PPP – Parceria Público Privada

\*\*Em 2 de janeiro de 2017, o Instituto Fernando Filgueiras - IFF passou a ser a nova Organização Gestora,

Conforme observa-se no quadro 5, das 18 unidades hospitalares que estão sob a gestão indireta, três unidades tem como entidades gestoras empresas privadas, com fins lucrativos, sendo que uma 01 unidade possui contrato de Concessão Administrativa, conforme o modelo de PPP. Este tipo de contrato por PPP está regulamentado pela legislação, enquanto a Gestora SM Assessoria Empresarial e Gestão Ltda não se enquadra nem por publicização através de OS e nem pela modalidade de PPP, gerando uma distorção na lei, desta forma não há respaldo

jurídico para este tipo de contrato firmado entre a SM e o Estado para a gestão de unidades hospitalares, através da SESAB. O Tribunal de Contas da União (TCU) auditou, em 2012 e 2014, algumas unidades de saúde no Estado e encontrou irregularidades na terceirização da gestão.

O relatório do TCU Processo nº TC 018.739/2012-1 discorre as seguintes irregularidades nos níveis Estadual e Municipal: Contratos de gestão firmados com empresas privadas de fins lucrativo de forma ilegal; Contratos de gestão firmados com empresas privadas sem fins lucrativos de forma ilegal (município de Salvador): a contratação ilegal por parte do município de Salvador ocorreu devido ao fato que a Lei Municipal que regulamenta as Organizações Sociais pelo Município só foi sancionada em 2014 e regulamentada pelo o Decreto 28.223 em 2016. Sem essa regulamentação jurídica o município ficou impedido de certificar as entidades civis como OS; não há indicadores relativos à equidade e ao acesso, no que se refere a dimensão da centralidade no paciente; não há indicadores que proporcione a avaliação da qualidade do serviço prestado sob a ótica dos pacientes; ausência de avaliação dos indicadores de desempenho acordados em contrato; falta de participação do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) nas decisões relativa a terceirização dos serviços de saúde referente ao planejamento, qualificação, seleção das OS, avaliação do cumprimento das metas contratuais, que são contrários a Lei Federal 8.142/90 e no caput e incisos I, IV, XI e XIII do art. 6º do Decreto Estadual 10.139/2006; falta de estudo dos dois entes federativos demonstrando que o modelo de gestão de OS é a melhor opção para administração de unidades públicas de saúde; o representante da sociedade civil no CONGEOS não tem legitimidade para decidir acerca da terceirização dos serviços de saúde, conforme a Lei Federal 8.142/1990.

A prática de contratação de empresas privadas de fins lucrativos vem ocorrendo por parte do ente estadual muito antes do PDRAE em 1995 e da Lei Federal das OS em 1998. Conforme pesquisa realizada por Keinert, Rose, Moneguzzo (2006), em 1993 foi construído o Hospital Regional de Ibotirama com 50 leitos, mais devido a dificuldade de contratação de pessoal, sua gestão foi repassada, em 1996, a SM Assessoria Empresarial e Gestão S/C, mas o seu contrato só foi realizado no ano seguinte.

O primeiro contrato formal, entre o Estado da Bahia e a empresa SM para administrar uma unidade hospitalar ocorreu em 1996, para gerir um hospital recém construído, localizado em bairro populoso de Salvador, conforme tabela demonstrada pelos autores. A partir da experiência do Hospital de Ibotirama e o Hospital Eládio a SESAB expande a terceirização de gestão dos hospitais públicos pertencente a rede própria estadual. Em 2002 doze unidades hospitalares já estavam com a gestão terceirizada, dividida entre 3 empresas privadas de fins

lucrativos: a SM, Empresa Médica de Parmirim, e a Castro Lopes Ltda. Cerca de 50% da gestão dessas unidades estavam sob a responsabilidade da empresa SM, 33,33%, Castro Lopes e 16,66% EMPA .

Os dados sugerem algum tipo de arranjo político para gerenciamento dessas unidades (conforme dados de 2002), devido ao fato da empresa SM não possuir nenhuma experiência comprovada na gestão hospitalar por ter sido constituída em 1996, conforme o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ). Há indício de monopólio de empresas privadas na gestão de hospitais públicos da rede própria estadual. Outros tipos de irregularidades na contratação de serviços de parceria na gestão de unidades de saúde no Estado da Bahia também são referidas na Auditoria do TCU, em 2014.

O relatório de auditoria do TCU Processo nº TC 017.783/2014-3, discorre sobre as seguintes irregularidades em unidades municipais de saúde do Estado da Bahia: falta de planilha detalha dos custos e serviços contratados; contratos de gestão com empresas privadas com fins lucrativos; contratos firmados sem fins lucrativos, mas não qualificado como OS; falta de controle interno para a fiscalização dos contratos de gestão; falta de relatório que demonstre os recursos transferidos a instituição privada sem fins lucrativos e comprove a execução dos serviços contratados.

Observa-se que as irregularidades na gestão indireta de unidades de saúde tanto no ente estadual como municipais estão relacionadas a falta de preparo dos entes para supervisionarem a execução dos contratos de gestão, com isso há graves riscos de desperdício de dinheiro público e a piora dos serviços de saúde prestado à população. Para melhor compreensão dos processos de gestão indireta, toma-se por análise uma unidade hospitalar em que a autora deste trabalho estagiou entre 2014 e 2016, o período de estágio abrangeu três semestres acadêmicos, o qual motivou o interesse por essa temática.

### 3.2 ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR DA REDE PRÓPRIA EM SALVADOR

A unidade analisada tem como objeto a prestação de serviço hospitalar à população no atendimento das urgências e emergências. Localiza-se no subúrbio de Salvador, a Instituição é pública de propriedade Estadual, ligada à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB, de administração indireta, terceirizada pela empresa SM Assessoria Empresarial e Gestão Ltda, de caráter privado, cuja matriz localiza-se no município de Conceição do Jacuípe – Ba. Possui um

Capital Social de R\$ 4.619.980,00 (quatro milhões seiscentos e dezenove mil, novecentos e oitenta reais), conforme registro na junta Comercial da Bahia, possui filial em Salvador, além de administrar a unidade analisada, também administrava a época mais dez hospitais na Bahia, tanto de propriedade estadual, municipal e filantrópico, conforme informação disponibilizada em seu site (<http://www.smgestaohospitalar.com.br>).

O hospital foi inaugurado em 12 de dezembro de 1996 (já sob gestão indireta), por Drº Paulo Ganem Souto (governador) e Drº José Maria de Magalhães Netto (Secretário de Saúde), disponibiliza de 50 leitos para prestar atendimento de Urgência e Emergência, a comunidade. Foi ampliado em dezembro/2009 em 100 novos leitos, pela própria empresa parceira da gestão hospitalar, através de concorrência pública, construiu, equipou e operou os novos leitos em um prazo de 6 meses. A unidade passou a contar com 146 leitos ativos nas especialidades: 33 leitos de clínica médica, 35 leitos de cirurgia geral, 55 leitos de cirurgia ortopédica e 23 leitos de clínica pediátrica. Os recursos para manutenção da unidade são repassados pela SESAB através de contrato firmado com a empresa Gestora do hospital. (SITE SESAB)

O Hospital oferta na Urgência e Emergência as seguintes especialidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Ortopédica, Cardiologia e Cirurgia ginecológica. Além desses serviços, realiza transplante ósseo, é o primeiro hospital em uma rede Pública Estadual a fazer esse tipo de cirurgia. A Unidade dispõe ainda de Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado, Serviço de Farmácia, Serviço Social, Laboratório, Higienização/Lavanderia, Rouparia, Refeitório, Almoxarifado, Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME, Manutenção Geral e Sistema de Informações Gerenciais, Salas de administração onde funciona a Gerência, Diretoria Médica, Setor de Qualidade, Financeiro, Central de Regulação, Contas Médicas, Recursos Humanos, Central Telefônica e Sala de reunião, além de gerador, casa de máquinas, sala de repouso médico, sala de raios-X e de pequenas cirurgias, central de gás e de oxigênio, casa de resíduo hospitalar, velório, e estacionamento. (SITE SESAB)

A unidade hospitalar é classificada de médio porte. Não possuía unidade de terapia intensiva (UTI), até junho de 2017. A construção da UTI foi iniciada no primeiro semestre de 2014 e estava interrompida devido a pendências da construtora junto ao Governo do Estado. A obra só foi retomada em 2017 e a inauguração da UTI ocorre em 27 de junho, a unidade passa a contar com dez leitos na UTI. (SITE SECOM.BA; SITE POLITICA LIVRE)

Através de análise documental, verificou-se a fragilidade da gestão hospitalar sobre os seguintes pontos: gestão de Pessoal (terceirização, precarização do trabalho), qualidade dos serviços, instabilidade contratual.



No que tange a gestão de pessoal, o Inquérito Civil MPT nº 0011782008.05.000/2-12 aponta a intermediação fraudulenta de mão de obra. Havia um condicionante para a contratação de funcionários, referente a mão de obra especializada de médicos, enfermeiras, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeutas (de atividade fim), todos deveriam se filiar à COPRÁS Cooperativa de Profissionais na Área de Saúde e Gestão Hospitalar LTDA (contratada em 2002 pela SM com aditivo em 2006), dessa forma não havia elementos que os caracterizem como cooperados. Portanto, a COPRÁS agia como uma intermediadora de mão de obra. “Foram os trabalhadores contratados por cooperativas inidôneas, que operam como meras intermediadoras de mão de obra.” (MTP, CONAP, 2014, p.37)

Conforme Druck (2016, p. 16, 17) a precarização social do trabalho é composta por um conjunto de indicadores e dimensões. No que se refere à intermediação fraudulenta observa-se a “forma de mercantilização da força do trabalho” onde a COPRÁS utiliza-se da mão de obra especializada, como simples mercadorias, nesta relação não há respeito com os trabalhadores se tratando de um mero embuste de trabalho cooperado, uma fraude trabalhista.

Nota-se a “crise’ do direito do trabalho motivada pela ofensiva patronal”, quando impõe ao trabalhador filiar se a uma cooperativa para ser admitido.

O contrato de gestão hospitalar da SM com o governo do Estado consta os serviços executados pela contratada deveria ser realizados com mão de obra própria. Todavia observa-se que além da terceirização de trabalho para serviços de atividade-fim<sup>27</sup> (não permitido à época) havia a quarteirização<sup>28</sup>, caracterizado pelo contrato com a COPRÁS.

Deve ser levado também em conta que a SM não é Organização Social, e sim empresa privada de fim lucrativo, portanto, “[...] infere-se que os trabalhadores deveriam ser servidores estatutários, devidamente aprovados por meio de concurso público, de sorte que há violação ao art. 37, II da Constituição Federal” (MTP, CONAP, 2014, p.67). O Estado ao terceirizar o trabalho na unidade hospitalar, transgrede as normas jurídicas, devido ao fato de manter contrato de gestão com a SM.

Com a terceirização do trabalho permitida pelo estado brasileiro, segundo Antunes (2015), o trabalhador passa ser classificado em duas categorias distintas: os de “primeira” e “segunda”. Os de segunda categoria recebem menores salários, têm maiores jornadas de trabalho, pouco ou nenhum tipo de benefício ofertados pelas as empresas, sofrem

---

<sup>27</sup> Compreende a atividade principal, o objeto fim da empresa constituída.

<sup>28</sup> Com a aprovação da Lei 13.429 de 31 de março de 2017, a empresa de terceirização poderá celebrar contratos também para atividade fim e subcontratar outras empresas para realizar serviços de seu contrato, desta forma, a quarteirização agora passa ser autorizada.

discriminação, desvalorização e humilhação. A terceirização “contribui decisivamente para aumentar a heterogeneidade e a fragmentação da classe trabalhadora e para a pulverização dos sindicatos”(Druck, 2016, p. 17).

Conforme Antunes (2003), o mundo do trabalho vem sofrendo metamorfose e mutações.

Estas mutações criaram, portanto, uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexificada, dividida entre trabalhadores qualificados e desqualificados, do mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes e nacionais, brancos e negros etc, sem falar nas divisões que decorrem da inserção diferenciada dos países e de seus trabalhadores na nova divisão internacional do trabalho. [...] Mas é decisivo perceber que há um conjunto abrangente de metamorfoses e mutações que vem afetando a classe trabalhadora, nesta fase de transformações no mundo produtivo dentro de um universo onde predominam elementos do neoliberalismo. (ANTUNES, 2003, p. 37, 46)

A precarização do trabalho, também ocorre na unidade hospitalar através do descumprimento de normas de saúde e segurança do trabalho, conforme ACP 0001507-12.2014.5.05.0011 do Tribunal Regional do Trabalho (TRT) da 5ª Região 11ª Vara do Trabalho de Salvador. Nesta Ação Civil Pública, ajuizada pelo MPT o Estado da Bahia, em março de 2017, foi condenado a pagar uma indenização por danos morais no valor de R\$ R\$100.000,00 (cem mil reais), em favor do Fundo de Promoção do Trabalho Decente - FUNTRADE<sup>29</sup>.

O descumprimento de obrigações que visam à saúde e segurança dos trabalhadores importa em lesão a direitos transindividuais e configura conduta ilícita, vez que expõe o conjunto dos empregados do demandado a danos à saúde, mediante um meio ambiente de trabalho inadequado e insalubre. (TRT, 2017, p. 9)

O hospital, tem como o objetivo cuidar da saúde da população, mas a unidade hospitalar, no que se refere à saúde do seu trabalhador, conforme ação civil pública, vem agindo de forma negligente,

A precariedade das condições de trabalho manifestada na violação dos direitos trabalhistas, na insegurança do posto e do ambiente de trabalho, no aumento do ritmo da produção e das exigências (pressão) interfere na saúde dos(as) trabalhadores(as) e

---

<sup>29</sup> Criado pela Lei Estadual nº 12.356 de 22 de setembro de 2011, posteriormente alterada pela Lei nº 12.596 de 05 de novembro de 2012. É um instrumento de captação de recursos provenientes de fontes diversas. Atualmente, uma das suas principais fontes de recursos são as destinações de indenizações por dano moral coletivo, decorrentes de ações do Ministério Público do Trabalho e da Justiça do Trabalho, possibilitando direcionar estes recursos para projetos de interesse da sociedade. Disponível em: < <http://www.prt5.mpt.mp.br/19-noticias/197-fundo-de-promocao-do-trabalho-decente-vai-financiar-projeto-para-erradicacao-do-trabalho-infantil>>. Acesso em: 10/09/17.

também no modo de agir, pensar, sentir e fazer [...] (LOURENÇO, BERTANI, 2007, p. 124)

Locais inadequados de trabalho e insalubre contribuem para o adoecimento do profissional da saúde, este fato também afeta a qualidade dos serviços prestados de saúde a população.

No que se refere à qualidade dos serviços o relatório de auditoria do tribunal de Contas da União (2012) verificou que na unidade hospitalar há inexistência de indicadores que avalie a qualidade dos serviços pela ótica do paciente; falta de avaliação dos indicadores para determinar eficiência e eficácia da gestão hospitalar.

O tribunal de Contas da União - TCU no seu Relatório de Auditoria Operacional – TC 018.739/2012-1 ao analisar os indicadores previstos no Contrato de Gestão 23/2009 firmado entre a SESAB e a empresa gestora do hospital, para gerenciamento da unidade hospitalar, constatou que essas medidas não são suficientes para indicar o bom desempenho da empresa gestora.

A existência de serviço de atendimento ao cliente e de servidor nomeado não indica em que medida tal serviço está atuando a contento. A implantação de uma pesquisa de satisfação não indica se os usuários estão realmente satisfeitos, não existe indicador que avalie a qualidade do serviço prestado sob a ótica dos pacientes. No caso do indicador previsto pela ANS, a satisfação dos usuários é calculada pela relação entre o número de questionários com resposta afirmativa à pergunta padrão e o número de questionários respondidos. A agência estabelece que o número de questionários respondidos deve compreender, no mínimo, a 10% das altas em um mês. A pergunta padrão é “O (a) senhor (a) recomendaria este hospital a um familiar ou amigo?”. (TCU, 2012, p. 53)

Outro importante aspecto a observar, refere-se a falta de clareza na formulação dos indicadores de avaliação destes de forma adequada, tem gerado deficiência no controle da SESAB, no que tange aos valores pagos a SM, referente a parcela variável, que são calculados conforme avaliação dos indicadores contratuais (Tribunal de Contas da União, 2012).

Conforme Coelho (2016), os indicadores presentes nos contratos de gestão da SESAB com as empresas gestoras, ainda são elaborados de forma normativa. Não há práticas avaliativas de forma sistemática, devido a falta de cultura de avaliação do desempenho por parte do órgão. O resultado de sua pesquisa para avaliação dos indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos pela SESAB apontou para falta de padronização de indicadores nos contratos, falta de clareza dos indicadores, há muitos indicadores inconsistentes, falta de correlação dos indicadores com os objetivos pretendidos. Desta forma,

não contempla o foco, os agentes e a natureza da avaliação que são imprescindíveis para análise da eficiência e da eficácia<sup>30</sup> dos gestores de unidades de saúde.

Por fim, o contrato firmado entre a SESAB e a SM durante quase vinte anos, vem sendo realizado de forma ilícita devido ao fato deste gestor ser empresa privado com fins lucrativos e não Organização Social, que é privada sem fins lucrativos de caráter público. Segundo MTP este contrato não é precedido de licitação (MTP, CONAP, 2014, p. 66). Conforme informação de funcionários da unidade hospitalar, a gestão da unidade foi transferida no dia 02 de janeiro de 2017 a Organização Social Instituto Fernando Filgueiras - IFF.

A autora deste trabalho de conclusão de curso, levantou dados sobre sócios da empresa SM, no site da Receita Federal do Brasil e descobriu que está possui dois sócios pessoa física: o senhor José Antonio Andrade (sócio administrador) e o senhor Taciano Francisco de Paula Campos; e um sócio pessoa Jurídica a empresa MLA - Agropecuária e Investimentos LTDA. - EPP.

A MLA é Inscrita no CNPJ 03.003.010/0001-79, possui capital social no valor de R\$ 12.493.032,00 (Doze milhões, quatrocentos e noventa e três mil e trinta e dois reais), tem como o sócio administrador o senhor José Antônio Andrade, sócio administrador também da SM. Os demais sócios da MLA são: o senhor Marcelo Mariani Andrade, o senhor Marco Antônio Mariani Andrade, a senhora Mariana Mariani Mehmere Andrade, a senhora Luciana Mariani Andrade. Ao somar o capital das duas empresas observa-se que o grupo privado de fins lucrativos detém um capital social no valor de: R\$ 17.113.012,00 (dezessete milhões, cento e treze mil e doze reais).

Ao verificar também no site da Receita Federal do Brasil os administradores da Organização Social Instituto Fernando Filgueiras - IFF, foi constatado que esta organização possui como Diretor o senhor Jose Antonio Andrade e Presidente o senhor Marco Antônio Mariani Andrade, ambos sócios da MLA. O senhor José Antonio Andrade tem relação direta as três pessoas jurídicas de direito privado (ver anexos).

Esses dados demonstram a relação público-privado existente na unidade hospitalar, os interesses financeiros da empresa privada SM e do grupo empresarial tem perdurado no

---

<sup>30</sup> Eficiência refere-se ao modo como determinada atividade é realizada, é o meio, não o fim. Eficácia tem relação com o resultado referente a uma atividade, é o fim e não o meio. Dessa forma, é possível ser eficiente e não eficaz e vice-versa.

(<http://www.estudoadministracao.com.br/ler/diferenca-entre-eficiencia-eficacia/>) acessado em : 26/08/2017.

hospital a mais de vinte anos, há um forte privilegiamento do setor privado em detrimento dos interesses público e do SUS, apesar de todas as denúncias e fiscalizações.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A contextualização histórica demonstra como se configurou as relações público privada na saúde brasileira. O Setor privado na saúde ao mesmo tempo se articula e pressiona o Estado, buscando incessantemente aumentar a sua fatia no mercado.

O setor público da saúde encontrasse impregnado pelo patrimonialismo, presente ao longo de nossa história como nação, permeia as três esferas de governo, havendo troca de favores políticos, relações duvidosas onde prevalecem os interesses privados em detrimento dos interesses públicos.

O marco do avanço do setor privado na saúde brasileira foi durante a ditadura militar, quanto o Estado através do INPS passa comprar os seus serviços, desta forma estimulou a prática de empresas médicas voltadas para o lucro. Nesse período o setor privado através de fundos de apoio estatal, estrutura-se, constrói unidades hospitalares e compra equipamentos médicos.

Com a reforma gerencial do Estado realizada pelo avanço neoliberal é inserido na administração pública os novos modelos de gestão, para gerenciamento de unidades de saúde, com isso o fundo público passa a financiar o setor privado de saúde. Esses modelos de gestão ao transferir recursos para o setor privado sugerem que há uma tendência de forma indireta do Estado em privatizar a saúde. Essas formas de transferências de recursos público para a área privada contribui para minar as estruturas do SUS e fortalece o setor privado na oferta de serviços de saúde.

A transferência de gerenciamento de hospitais, unidades básicas de saúde, centro de diagnóstico e outros serviços de saúde a entidades privadas de fins lucrativos e não lucrativos pelo Estado da Bahia e seus municípios nem sempre tem ocorrido de forma legal como apontam os Relatórios de Auditoria Operacional do TCU – TC 018.739/2012-1 e TC 017.783/2014-3, Manual de Atividade Fim do Ministério Público do Trabalho.

Conforme o Relatórios de Auditoria Operacional do TCU – TC 018.739/2012-1, não há nenhum tipo de estudo por parte dos Estados e municípios auditados que comprovem que que gestão terceirizada (inclusive no estado da Bahia) teriam melhor resultados do que a Administração Direta.

O TCU também aponta que a “[...] a terceirização das ações e serviços de saúde aumenta a complexidade na implementação das políticas públicas, exigindo dos governos maior preparo na gestão dos contratos. ” (TCU, TC 018.739/2012-1, 2012, p. 66) Para evitar o desperdícios dos recursos públicos a administração pública deverá modificar a forma gerenciamento das suas unidades hospitalares.

As análises revelam a fragilidade da SESAB no processo de monitoramento e avaliação das formas de gestão hospitalar indireta, particularmente no que se refere à gestão de pessoal (terceirização, precarização do trabalho), qualidade dos serviços, instabilidade contratual.

Quanto ao hospital em análise, há forte indício de privatização indireta devido às articulações entre o público e o privado, conforme transferência da unidade para empresa com fins lucrativos, que atuou desde a sua inauguração, em duas décadas a margem da legalidade. O estudo também revela que o mesmo grupo empresarial, hoje atua na gestão hospitalar enquanto organização social. Não há nenhum documento abordado neste trabalho que afirme que a gestão da SM contribui para resultados pautados na qualidade e eficiência dos serviços hospitalares prestados à população.

## REFERÊNCIAS

- ALVERGA, Carlos Frederico Rubino Polari de. O patrimonialismo no Brasil da colônia ao fim do Segundo Reinado. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 16, n. 2851, 22 abr. 2011. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/18960>>. Acesso em: 17 jul. 2017.
- ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 2, p. 275-284, 2013.
- ANGHER, Anne Joyce. Organização. *Vademecum Acadêmico de Direito*. (Coleção de Leis Rideel). **São Paulo: Rideel**, 2006.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-27, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>>. Acesso em: 26/08/2017.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e Precarização Numa Ordem Neoliberal. In: GENTILI, Pablo e FRIGOTTO, Gaudêncio (orgs). *A Cidadania Negada: Políticas de Exclusão na Educação e no Trabalho*. São Paulo: Cortez - p. 35-48, 2003.
- AQUINO, Rubim Santos Leão de et al. **História das sociedades: das sociedades modernas às sociedades atuais**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1997.
- APUFPR. Associação dos Professores da Universidade Federal do Paraná et al. Dossiê Contra a Atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) No Complexo do Hospital De Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2016.
- BAHIA. Decreto nº 8.890, de 21 de janeiro de 2004. Disponível em: < <http://www.saeb.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=120>>. Acesso em: 06/08/2017.
- BAHIA. Lei nº 9.290, de 27 de dezembro de 2004. Disponível em: <[http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/lei\\_9290.htm](http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/lei_9290.htm)>. Acesso em: 06/08/2017.
- BAHIA. Lei nº 8.647 de 29 de julho de 2003. Disponível em: < <http://www.saeb.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=120>>. Acesso em: 06/08/2017.
- BAHIA, Lígia. Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil. **Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz**, 1999.
- BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Mário. Planos de saúde já doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/10/Planos-de-Saude-Elencos-2014.pdf>. Acesso em: 07/07/2017.
- BAHIA. Resolução CIB nº 275/2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. SESAB: Salvador, 2012.

BAHIA. SECOM. Notícias sobre a Saúde, obras. Disponível em: <<http://www.secom.ba.gov.br/2015/12/129694/Obras-da-UTI-do-Hospital-Eladio-Lasserre-serao-retomadas-em-Cajazeiras.html>>. Acesso em: 23/08/2017.

BAHIA. SESAB. Secretária Estadual de Saúde. Hospital Eládio Lassérre. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dgrp/index.php?option=com\\_content&view=article&id=333&Itemid=176](http://www.saude.ba.gov.br/dgrp/index.php?option=com_content&view=article&id=333&Itemid=176)>. Acesso em 21/05/2016.

BAHIA, SESAB. Secretária Estadual de Saúde. Consórcios de Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9133%3Aconsorcios-de-saude&catid=31%3Aestrutura-d...](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9133%3Aconsorcios-de-saude&catid=31%3Aestrutura-d...)>. Acesso em: 26 de ago. de 2017.

\_\_\_\_\_. Secretária Estadual de Saúde. Consórcios de Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8134%3Ahistorico&catid=30%3Aasesab&Itemid=34](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8134%3Ahistorico&catid=30%3Aasesab&Itemid=34)>. Acesso em: 18 de ago. de 2017.

\_\_\_\_\_. Contrato de Concessão Administrativa. Concessão administrativa para gestão e operação de unidade hospitalar do Estado da Bahia. Hospital do Subúrbio, Salvador/BA, 2010. Disponível em: <[http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto\\_hospitalsuburbio.htm](http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm)>. Acesso em: 05/08/2017.

\_\_\_\_\_. Contrato de Concessão Administrativa. Concessão administrativa para gestão e operação de serviços de apoio ao diagnósticos por imagem na rede pública de saúde do Estado da Bahia. 2013. Disponível em: <[http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto\\_hospitalsuburbio.htm](http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm)>. Acesso em: 05/08/2017.

\_\_\_\_\_. Secretária Estadual de Saúde. Relatório do 3º Quadrimestre – 2016. BAHIA. Tribunal de Contas do Estado da Bahia – TCE. Relatório de Auditoria – Secretária da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. 2ª Coordenadoria de Controle Externo, Gerência de Auditoria 2 D: Acompanhamento de Contrato de Programa com a Fundação Estatal Saúde da Família (FES-SUS). Bahia, 2015.

BAHIA. Telessaúde. Disponível em: <http://telessaude.ba.gov.br/>. Acesso em: 20/08/2017.

BEHRING, Elaine Rossetti. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. **CFESS/ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.**

BEHRING, Elaine Rossetti. **Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional.** Fundamentos de Política Social. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. Biblioteca Básica de Serviço Social. V. 2. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.



BERTOLOZZI, Maria Rita, and Rosangela Maria Greco. **"As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais."** Revista da Escola de Enfermagem da USP 30.3 (1996): 380-398

BORGES, Fabiano Tonaco et al. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BONAVIDES, Paulo. Ciência Política. 10ª edição. São Paulo: Malheiros, 2000.

BRASIL, CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, vol.1, 1ª ed.,2007 (Coleção progestores).

BRASIL, CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Legislação Estruturante do SUS: CONASS, vol.12, 1ª ed, 2007a (Coleção progestores).

BRASIL, CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde. CONASS Documenta 14. Brasília: CONASS, 2008.

BRASIL. Decreto 1.151, de 05 de janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1151-5-janeiro-1904-583460-publicacaooriginal-106278-pl.html>> Acesso em: 04 de junho de 2017.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com\\_content&view=article&id=338&catid=17&Itemid=57](http://www.saude.ba.gov.br/ouvidoria/index.php?option=com_content&view=article&id=338&catid=17&Itemid=57)> Acesso em: 12 de agosto de 2017.

BRASIL. Decreto Lei 200 de 25 fevereiro de 1967. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm)>. Acesso em: 10/07/2017.

BRASIL. Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) . Acesso em: 30 de set. de 2016.

BRASIL. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) . Acesso em: 30 de set. de 2016.

BRASIL. Lei 9.491/97 de 09 de setembro de 1997. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9491.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9491.htm)> Acesso em: 28 de out de 2016.

BRASIL. Lei 9.637/98 de 15 de maio de 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9491.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9491.htm)> Acesso em: 24 de jul de 2017.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm)>. Acesso em: 26 de ago. de 2017.

BRASIL. Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112550.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112550.htm)>. Acesso em: 10/07/2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal : metas, gestão profissional e direitos preservados / Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1986. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 15/10/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços. Belo Horizonte, 2001.

BRASIL. Parceria Público Privado – PPP. Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2012/04/parceria-publico-privada-ppp>>. Acesso em: 26/08/2017.

BRASIL. Presidência da República. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República e Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

Bravo, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, 3º Ed ,Cortez,, 2010 .

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional**. Política de Saúde no Brasil. São Paulo: Editora Cortez, 2006.

CEREJIDO, Juliano Henrique da Cruz. Um Novo Estado? Privatização do Estado Versus Publicização do Setor Privado. Revista Jurídica, São Paulo, 2002, p. 153-162.

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos. Avaliação dos indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia–SESAB. 2016, 103 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Faculdade de Administração. Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2016.

D'AVILA FILHO, Paulo M.; COELHO, Ana Fernanda; JORGE, Vladimyr Lombardo. Acesso ao poder: clientelismo e democracia participativa. Desconstruindo uma dicotomia. Civitas - Revista de Ciências Sociais, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 211-233, dez. 2006. ISSN 1984-7289. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fabio/ojs/index.php/civitas/article/view/12/1614>>. Acesso em: 06 jul. 2017.

DRUCK, Graça. **A Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas De Precarização Do Trabalho**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 279-321.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 322-394.

SCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. ISBN 978-85-7541-361-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FILGUEIRAS, Luiz. "Projeto político e modelo econômico neoliberal no Brasil: implantação, evolução, estrutura e dinâmica." Faculdade de Ciências Econômicas da UFBA (2005).

FILHO, George Avelino. Clientelismo e política no Brasil - revisitando velhos problemas. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, 1994, n. 38, p. 225-240, mar.

FILHO, Paulo M D Avila.; JORGE, Vladimir Lombardo; COELHO, Ana Fernanda. Acesso ao poder. Clientelismo e democracia participativa desconstruindo uma dicotomia. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 2, 2004.

GASPAROTTO, Geovana Prante; GROSSI, Patrícia Krieger; VIEIRA, Monique Soares. XI Seminário internacional de demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea. VIII mostra de trabalho jurídicos científicos, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8153/2/evento\\_006%20-%20Patr%C3%ADcia%20Krieger%20Grossi.pdf](http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8153/2/evento_006%20-%20Patr%C3%ADcia%20Krieger%20Grossi.pdf)>. Acesso em: 26 de out de 2016.

GOMES, Gustavo França. A inconstitucionalidade da contrarreforma do SUS e de seus modelos privados de gestão. A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro. Ed. Rede Sirius – Rede Bibliotec., 2014.

GIL, Carlos Antonio. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed. São Paulo. Ed. Atlas S.A., 2002.

GOLDANI, Ana Maria. "Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação para o Brasil." Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60.7 (2004): 212-250.

IBAÑEZ, Nelson; NETO, Gonzalo Vecina. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1831-1840, 2008.

JUNIOR, Alcídio Soares. Terceirização: conceitos. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 18, n. 3794, 20 nov. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25901>>. Acesso em: 28 out. 2016.

JUNIOR, João Baptista Risi et al. As condições de saúde no Brasil. **FINKELMAN, J. Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

KEINERT, T. M. M.; MENEGUZZO, M.; ROSA, T. E. C. Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: Annablume, 2006.

KRAUSE, Priscila Tahisa. Breves Reflexões Sobre A Adoção do Regime de Financiamento Por Capitalização Pelo Estado do Rio Grande do Sul. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado**, v. 34 n. 71, p. 69-102, 2013

LOPES, Carlos. Crescimento económico e desigualdade: As novidades pós Consenso de Washington. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 2011. Colocado online no dia 01 Outubro 2012. Disponível em: <https://rccs.revues.org/1475>. Acessado em 28.10.16

MARX, Karl Heinrich; ENGELS, Friedrich. (1999). *Manifesto do Partido Comunista*. Fonte digital, Rocketediton de 1999 a partir de html e [www.jarh.org](http://www.jarh.org)

MAURANO, Adriana. A redefinição do papel do Estado e a introdução de novas figuras jurídicas no Direito brasileiro. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 531, 20 dez. 2004. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/6073>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MENICUCCI, TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from Scielo Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa social – teoria, método e criatividade*. 28ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 2009.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO Maria Lúcia. *Estado, classe e movimento social*. Cortez Editora, 2010.

MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc., São Paulo**, n. 110, p. 270-287, 2012.

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro Setor e questão social – crítica ao padrão emergente de intervenção social*. 1ª ed. São Paulo. Ed. Cortez. 2010. – (Biblioteca Básica do Serviço Social; v.5)

MOURÃO, Rafael Pacheco. Celso Furtado e a questão do Patrimonialismo no Brasil. *Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política*. Vol. 24, n. 1, p. 54-67, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/tp.24103>>. Acesso em: 06/07/2017.

MTP. Ministério Público do Trabalho. *MANUAL de Atividade Fim do Ministério Público do Trabalho*, elaborado pela Coordenadoria Nacional de Combate às Irregularidades Trabalhistas na Administração Pública – CONAP. Brasília, 2014.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. **Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 24-47, 2010.

PASINATO, Maria Tereza de Marsillac. *Reforma do sistema previdenciário brasileiro: a previdência complementar e o papel do estado*. Diss. 2001.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica, 2007. Salvador, Tese de Doutorado: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

PEREIRA, Potyara A.P; STEIN, Rosa Helena. Política social: a universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, Ivanete et al (orgs). Capitalismo em crise, política social e direitos. São Paulo: Cortez, 2010. ISBN 978-85-249-1669-4. p. 106-127.

PINTO, Cláudia Maria Borges Costa. O processo de privatização e desestatização do Estado brasileiro. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 14, n. 2029, 20 jan. 2009. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/12228>>. Acesso em: 25 out. 2016.

POLITICA LIVRE. Rui inaugura dez leitos de UTI no hospital em cajazeiras. <<http://www.politicalivre.com.br/2017/06/rui-inaugura-dez-leitos-de-uti-no-hospital-de-cajazeiras/>>. Acesso em: 23/08/2017.

PONTE, Carlos Fidelis; NASCIMENTO, DR do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010, p. 181-220.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto Franco, FONSECA, Cristina M.O. **"Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?"** Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010: 113-152.

RANGEL, Leonardo Alves, et al. **"Conquistas, desafios e perspectivas da previdência Social no Brasil vinte anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988."** Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte Anos da constituição Federal. Distrito Federal: IPEA, 17, VOL.1, 2009.

Relatório operacional de transferência do gerenciamento de serviços públicos de saúde a organizações privadas do Tribunal de Contas da União. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=146076&tp=1>>. Acesso em: 26 de out. de 2014.

ROCHA, Alexandre Pereira da. Clientelismo, o enclave da democratização e da cidadania no Brasil. Simpósio Nacional sobre Democracia e Desigualdades Realizado na Universidade de Brasília. 2012.

SALVADOR, Evilasio. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010. ISBN 978-85-249-1577-2. p.53-116.

SM Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar Ltda. Hospital Eládio Lassérre. Disponível em: <<http://www.smgestaohospitalar.com.br/>>. Acesso em 21/08/2017.

SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 13, n. 2, p. 400-422, 2017.

SANTOS, Enoque Barbosa dos. Parceria Público Privadas e Ganhos Extraordinários: Uma Análise da PPP do Hospital do Subúrbio em Salvador/BA. 2015, 112 f. Dissertação (Mestrado

em Contabilidade). Faculdade de Ciências Contábeis, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2015.

SANTOS, Joseane Soares. *Questão Social: particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012 (Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social, v.6).

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **RAE-Revista de Administração de empresas**, v. 48, n. 3, 2008.

SCHEFFER, Mário. "O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro." *Cadernos de Saúde Pública* 31.4 (2015): 663-666

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo. Editora Cosac Naify, 2014.

SOARES JUNIOR, Alcídio. A terceirização e o enfoque de seus conceitos. *Revista Jus Navigandi*, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 18, n. 3794, 20 nov. 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25901>>. Acesso em: 28 out. 2016.

SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 114, p. 365- 380, abr./jun. 2013.

SOUSA, Lúcia Maria Cruz. *Evolução e reflexos das parcerias público-privadas na administração pública – um estudo comparativo entre Brasil e Portugal*, 2015. Porto. Tese de Mestrado em Direito Administrativo, Área de Especialização – Ciências Jurídico-Administrativas. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81510/2/37260.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2016.

SPARAPANI, Priscilia. O modelo de estado brasileiro contemporâneo: um enfoque crítico. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 98, mar 2012. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?link=revista\\_artigos\\_leitura &artigo\\_id=11257](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?link=revista_artigos_leitura &artigo_id=11257)>. Acesso em: 12 out. 2016.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim, J. & Almeida-Filho, N. (orgs) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook 2014. P. 121-137.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de Auditoria Operacional, TC 018. 739/2012-1. Brasília, 2012. Disponível em: <[legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3610064](http://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3610064)>. Acesso em: 26/10/2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de Auditoria Operacional, TC 017. 783/2014-3. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://portal.tcu.gov.br/data/files/4E/34/73/22/05E23510C6F432352A2818A8/017.783%20F0C%20Sa\\_de.pdf](http://portal.tcu.gov.br/data/files/4E/34/73/22/05E23510C6F432352A2818A8/017.783%20F0C%20Sa_de.pdf)>. Acesso em: 06/08/2017.

TRT. Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região. 11ª Vara do Trabalho de Salvador. ACP 0001507-12.2014.5.05.0011. Bahia, 2017.

VASCONCELOS, Diego de Paiva. O liberalismo na constituição brasileira de 1824. Curso de Mestrado em Direito Constitucional, Fortaleza -CE, 2008.

VIOLA, Ricardo Rocha. Breve análise acerca do PND - Programa Nacional de Desestatização. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 94, nov 2011. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10630](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10630)>. Acesso em 27 de out 2016.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 10, n. 1 p. 81-97 Mar/Jul. 2009  
Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/13148/14954>> Acessado em 28/08/17



ANEXO A

### Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ: 01.257.728/0001-66  
 NOME EMPRESARIAL: SM ASSESSORIA EMPRESARIAL E GESTAO HOSPITALAR LTDA  
 AL: R\$ 4.619.980,00 (Quatro milhões, seiscentos e dezenove mil e novecentos e oitenta reais)  
 CAPITAL SOCIAL:

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

Nome/Nome Empresarial:	JOSE ANTONIO ANDRADE		
Qualificação:	49-Sócio-Administrador		
Nome/Nome Empresarial:	TACIANO FRANCISCO DE PAULA CAMPOS		
Qualificação:	22-Sócio		
Nome/Nome Empresarial:	MLA - AGROPECUARIA E INVESTIMENTOS LTDA. - EPP	Qualif. Rep. Legal: 05-Administrador	
Qualificação:	22-Sócio	Nome do Repres. Legal: JOSE ANTONIO ANDRADE	

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o E-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 23/08/2017 às 01:09 (data e hora de Brasília).



**Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA**

---

**CNPJ:** 03.003.010/0001-79  
**NOME EMPRESARIAL:** MLA - AGROPECUARIA E INVESTIMENTOS LTDA. -  
**EMPRESARIAL:** EPP  
**VALOR DO CAPITAL SOCIAL:** R\$ 12.493.032,00 (Doze milhões, quatrocentos e noventa e tres mil e trinta e dois reais)

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

<b>Nome/Nome Empresarial:</b>	<b>MARCELO MARIANI ANDRADE</b>
<b>Qualificação:</b>	<b>22-Sócio</b>

<b>Nome/Nome Empresarial:</b>	<b>MARCO ANTONIO MARIANI ANDRADE</b>
<b>Qualificação:</b>	<b>22-Sócio</b>

<b>Nome/Nome Empresarial:</b>	<b>MARIANA MARIANI MEHMERE ANDRADE</b>
<b>Qualificação:</b>	<b>22-Sócio</b>

<b>Nome/Nome Empresarial:</b>	<b>LUCIANA MARIANI ANDRADE</b>
<b>Qualificação:</b>	<b>22-Sócio</b>

<b>Nome/Nome Empresarial:</b>	<b>JOSE ANTONIO ANDRADE</b>
<b>Qualificação:</b>	<b>49-Sócio-Administrador</b>

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o E-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 23/08/2017 às 00:10 (data e hora de Brasília).



ANEXO C

83

## Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA

CNPJ: 07.133.125/0001-39

NOME EMPRESARIAL: INSTITUTO FERNANDO FILGUEIRAS - IFF

CAPITAL SOCIAL:

O Quadro de Sócios e Administradores(QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

Nome/Nome Empresarial: JOSE ANTONIO ANDRADE
---

Qualificação: 10-Diretor
--------------------------

Nome/Nome Empresarial: MARCO ANTONIO MARIANI ANDRADE
--

Qualificação: 16-Presidente
-----------------------------

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o E-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 23/08/2017 às 00:44 (data e hora de Brasília).

██████████

Preparar Página  
para Impressão

